

**Universitat de Lleida**

Programa de intervenció per prevenir nous avorts en  
adolescents entre 15 – 19 anys amb avortament previ

**Autora:** Nyulyufer Deyanova Alyosheva

**Tutorizado por:** Rosa Mar Alzuria Alós

**Facultat de Enfermeria y Fisioterapia**

Grado en Enfermeria

Trabajo Final de Grado

2016/2017

Lleida, 15 de mayo de 2017

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Rosa Alzuria por su ayuda incondicional a lo largo de este trabajo. Sin ella el camino hubiera sido mucho más difícil. Gracias por ayudarme a hacer el trabajo de la mejor forma posible.*

*A mis padres, mi hermana, mis abuelos y mis amigos por su apoyo no solo para este trabajo, sino también durante estos cuatro años de esta preciosa carrera. Gracias por animarme y darme fuerzas para terminar con éxito mis objetivos.*

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b>  | <b>11</b> |
| <b>2. MARCO TEÓRICO</b>   | <b>12</b> |
| 2.1. Definición de adolescencia   | 12        |
| 2.2. Definición embarazo no deseado; ITS  | 14        |
| 2.3. Sexualidad; autoestima en la adolescencia  | 14        |
| 2.4. Salud sexual y reproductiva; los derechos sexuales   | 15        |
| 2.5. Métodos anticonceptivos  | 17        |
| 2.5.1. Datos epidemiológicos sobre el uso de los métodos anticonceptivos                                  | 21        |
| 2.6. Problemas de salud asociados con el embarazo en la adolescencia                                      | 22        |
| 2.7. Definición aborto  | 23        |
| 2.7.1. Datos epidemiológicos del aborto   | 25        |
| 2.8. Intervenciones realizadas en adolescentes  | 30        |
| <b>3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO</b>   | <b>49</b> |
| <b>4. OBJETIVOS</b>   | <b>51</b> |
| 4.1. Objetivo general   | 51        |
| 4.2. Objetivos específicos  | 51        |
| <b>5. METODOLOGÍA</b>   | <b>52</b> |
| 5.1. Población diana  | 52        |
| 5.2. Preguntas  | 52        |
| 5.3. Metodología de búsqueda  | 53        |
| <b>6. INTERVENCIÓN</b>  | <b>54</b> |
| 6.1. Intervención adolescentes 15 – 16 años   | 55        |
| 6.2. Intervención adolescentes 17 – 19 años   | 67        |
| <b>7. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>  | <b>76</b> |
| <b>8. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b>   | <b>78</b> |
| <b>9. DISCUSIÓN</b>   | <b>81</b> |
| <b>10. CONCLUSIONES</b>   | <b>83</b> |
| <b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>   | <b>85</b> |
| <b>12. ANEXOS</b>   | <b>95</b> |
| Anexo 1. Consentimiento informado de los pacientes  | 95        |
| Anexo 2. Hoja “El autoconcepto” sesión presencial 1 de la intervención en adolescentes entre 15 – 16 años | 96        |

|   |     |
|---|-----|
| Anexo 3. Palabras definición sexualidad y salud sexual y reproductiva apartado 1 de la intervención en adolescentes entre 15 – 16 años..... | 97  |
| Anexo 4. Cuestionario de satisfacción de sesiones .....   | 98  |
| Anexo 5. Cuestionario de satisfacción general.....  | 98  |
| Anexo 6. Imágenes y guía de ejemplos de apartado 1 de la intervención en adolescentes entre 17 – 19 años .....                              | 99  |
| Anexo 7. Cuestionario evaluativo de los conocimientos de ITS.....   | 100 |
| Anexo 8. Cuestionario de uso de los MAC .....   | 101 |
| Anexo 9. Cuestionario uso correcto del preservativo .....   | 101 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.....                  | 18 |
| Tabla 2. Tipo de MAC utilizado en población entre 15 – 19 años en 2016.....                     | 22 |
| Tabla 3. Distribución de número de IVE según grupo de edad en el año 2015 a nivel nacional..... | 26 |
| Tabla 4. Resumen de la evidencia encontrada.....  | 40 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Estadios de Tanner de desarrollo sexual en el varón y en la mujer.....  | 12 |
| Figura 2. Distribución de tasa de IVE por 1.000 mujeres por cada grupo de edad, entre el año 2011 y 2015 a nivel nacional.....                    | 25 |
| Figura 3. Distribución de número de IVE en 2015 en adolescentes entre 15 – 19 años por Comunidades Autónomas.....                                 | 26 |
| Figura 4. Distribución de número de IVE en 2015 en adolescentes entre 15 – 19 años según instrucción a nivel nacional.....                        | 27 |
| Figura 5. Distribución de número de IVE previo en 2015 en adolescentes entre 15 y 19 años a nivel nacional.....                                   | 28 |
| Figura 6. Distribución de número de IVE en 2015 por motivos de interrupción del embarazo en adolescentes entre 15 – 19 años a nivel nacional..... | 29 |
| Figura 7. Distribución de número de IVE en 2015 por método anticonceptivo utilizado en adolescentes entre de 15 – 19 años a nivel nacional.....   | 29 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**MAC:** Métodos Anticonceptivos

**SEC:** Sociedad Española de Contracepción

**ITS:** Infecciones de transmisión sexual

**IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo

**MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

**ISCIII:** Instituto de Salud Carlos III

**IP:** Índice de Pearl

**DIU-LNG:** Dispositivos Intrauterinos - levonorgestrel

**a.C:** antes de Cristo

**BOE:** Boletín Oficial del Estado

**ESO:** Educación Secundaria Obligatoria

**FP:** Formación Profesional

**SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**ACOG:** The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

**WAS:** World Association for Sexual Health

**AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

**ICS:** Institut Català de la Salut

**AMPA:** Asociación de Madres y Padres de Alumnos

**SEISIDA:** Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida

**ASSIR:** Atención a la Salud Sexual y Reproductiva



## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

### RESUMEN

**Introducción:** La adolescencia es una etapa de riesgos considerables, se relaciona con la percepción de invulnerabilidad por parte de los adolescentes. Algunos de los adolescentes consumen alcohol, tabaco u otras drogas, comienzan a tener relaciones sexuales cada vez más temprano, no han recibido información sobre cómo prevenir los embarazos, no utilizan los métodos anticonceptivos o no lo realizan de forma correcta. Todo esto supone un elevado riesgo de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual e interrupciones voluntarias del embarazo. Lo que tiene una gran repercusión biopsicosocial.

**Objetivos:** Diseño de un programa de intervención con el objetivo de disminuir los nuevos abortos en adolescentes catalanas entre 15 – 19 años con aborto previo.

**Métodos:** Creación de dos páginas Web con actividades, una de ellas dirigida a los adolescentes entre 15 – 16 años y la otra a los adolescentes entre 17 – 19 años. El contenido de ambas es el mismo, pero el abordaje se realiza de diferente forma debido a la diferencia de edad y nivel de maduración. Los temas que se abordan son la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales, las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo (embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual e interrupciones voluntarias del embarazo) y los métodos anticonceptivos. Además en los adolescentes entre 15 – 16 años se imparten clases presenciales en los institutos, que están dentro del programa habitual de Salut i Escola.

**Conclusión:** Según la evidencia científica consultada, la aplicación de programas de educación sexual en jóvenes disminuye el número de embarazos no deseados y abortos en adolescentes.

**Palabras clave:** Adolescente, Prevención Primaria, Aborto Inducido, Educación en Salud, Educación Sexual, Cuidado de Enfermería.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Adolescence is a stage of considerable risks, it is related to the perception of invulnerability by adolescents. Some of the teenagers consume alcohol, tobacco, or other drugs, and start having sex earlier, they have not received information about how to prevent pregnancies, do not use contraceptive methods, or do not use them properly. All of this supposes a high risk of unwanted pregnancies, sexually transmitted infections and voluntary terminations of pregnancy. This has a great biopsychosocial impact.

**Objectives:** Design of an intervention program with the aim of reducing new abortions in Catalan adolescents between 15 and 19 years old with previous abortion.

**Methods:** Creation of two Web pages with activities: one addressed to adolescents between 15 - 16 years and the other to adolescents between 17 - 19 years. The content of both is the same, but the approach is done differently due to the difference in age and level of maturation. The topics covered are sexual and reproductive health, sexual rights, the consequences of risky sexual behaviours (unwanted pregnancies, sexually transmitted infections and voluntary terminations of pregnancy) and contraceptive methods. Furthermore, adolescents between the ages of 15 and 16 are offered face-to-face classes in high schools, which are part of the usual "Salut i Escola" programme.

**Conclusion:** According to the scientific evidence consulted, the application of sex education programs in young people decreases the number of unwanted pregnancies and abortions in adolescents.

**Keywords:** "Adolescent", "Primary Prevention", "Abortion, Induced", "Health Education", "Sex Education", "Nursing Care".

## **1. INTRODUCCIÓN**

La adolescencia es la etapa de la vida con riesgos considerables, ya que los adolescentes se ven presionados a consumir alcohol, tabaco u otras drogas y a comenzar a tener relaciones sexuales cada vez más temprano, sin haber recibido información sobre la sexualidad y la salud sexual (1–8).

Algunas de las adolescentes no conocen las formas para evitar el embarazo debido a la falta de educación sexual o porque se sienten avergonzadas a la hora de pedir información sobre los métodos anticonceptivos (MAC), o porque sus costes son demasiado altos o son difíciles de conseguir (9).

No usan los métodos anticonceptivos o no lo hacen de forma regular. Según la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2016, el 49,1% de los adolescentes entre 15 – 19 años no utilizaba ningún MAC en el momento de la encuesta (10).

Todo esto supone un elevado riesgo de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) e interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) (1–6).

El embarazo precoz, es decir el que se produce en adolescentes, tiene una gran repercusión biopsicosocial para la madre y para el bebé. En relación a las repercusiones sociales y económicas, decir que muchas adolescentes embarazadas están obligadas a abandonar la escuela, lo que contribuye a menos oportunidades de tener trabajo. Puede existir un fracaso de la identidad propia y fracaso para formar una familia estable, además pueden sentirse rechazadas por parte de los padres y del entorno social que las rodea (9,11).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), la tasa de IVE por 1.000 mujeres en el año 2015 en adolescentes de 19 años y menores fue 9,38. Un 32,2% de estas no utilizaba ningún MAC (12).

En el presente trabajo se pretende desarrollar un programa de intervención para adolescentes entre 15 – 19 años, que tiene por objetivo reducir nuevos abortos en adolescentes con IVE anterior.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Definición de adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se origina después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (1). Durante esta etapa se desarrolla la identidad sexual (13). La adolescencia se puede dividir en (2,7,13):

- Adolescencia temprana: hasta los 15 años. Aparecen las preocupaciones por los cambios físicos iniciales e interés por la experimentación sexual. Es un periodo de gran ambivalencia afectiva.

Por medio de los estadios de Tanner de desarrollo sexual, se puede catalogar el punto del desarrollo sexual del adolescente y saber en qué fase de la pubertad se encuentra (14).

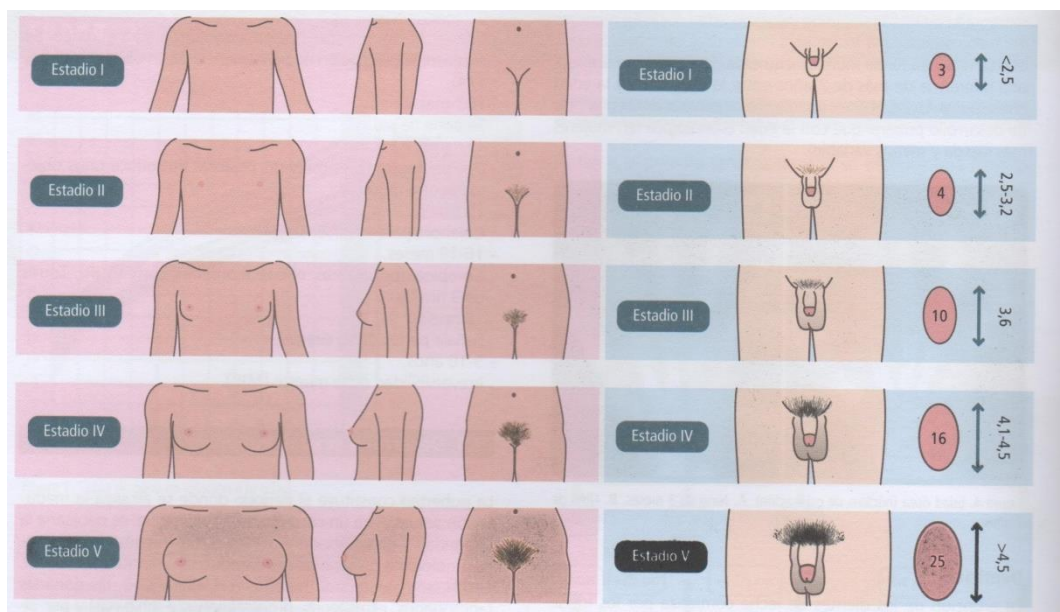


Figura 1. Estadios de Tanner de desarrollo sexual en el varón y en la mujer (14).

- Adolescencia tardía o juventud: hasta aproximadamente los 20 años. Los adolescentes tienen propios criterios y concepción del mundo, tienen en cuenta tanto sus intereses y necesidades, como las de su contexto social. Existe la aceptación de la propia imagen corporal. Aumentan la experimentación sexual, existen cambios imprevistos de conducta y sentimientos de invulnerabilidad.

La adolescencia es la etapa de transición más importante del ser humano, se determina por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, que dependen de diversos procesos biológicos, psicológicos y sociales. El inicio de la pubertad nos indica el paso de la niñez a la adolescencia, actualmente la pubertad tiene un inicio más temprano (1,3,7,15,16). La duración de este periodo y las características varían a lo largo del tiempo, entre las culturas y los contextos socioeconómicos. Además, es una etapa de riesgos considerables que se ve influenciada por el contexto social. Se ven presionados a consumir alcohol, tabaco u otras drogas y a comenzar a tener relaciones sexuales cada vez más temprano. Todo esto supone un elevado riesgo de traumatismos por accidentes, embarazos no deseados e ITS (1–6). Generalmente, los adolescentes no son capaces de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ya que no han alcanzado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional suficiente para una conducta sexual responsable (1,7,15,17). Habitualmente los adolescentes piensan que no corren riesgos, es decir, se sienten invulnerables. También, se sienten inseguros o desmotivados para usar los métodos anticonceptivos, desconocen su propia fertilidad y la fertilidad de los anticonceptivos, no son capaces de negociar el uso de los MAC con su pareja y además las creencias sociales y culturales dificultan su acceso (18).

Por un lado, según la investigación llevada a cabo por Enríquez (8), publicada en 2010, en un estudio entre el año 2006 y 2007, que incluía 1.110 casos, el 62,2% de adolescentes tuvo su primera relación sexual entre los 14 y 17 años, el 26,8% después de los 18 años y el 10,9% entre los 10 – 13 años. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales en los chicos fue de 14,7 años, mientras que en las chicas de 15,6 años (18). Por otro lado, Leyva (7) publicó en 2011 que la edad de menarquia se había adelantado a 12,6 años.

También es cierto, que muchos de los adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales sin haber recibido información sobre la sexualidad y la salud reproductiva, lo que supone la alta incidencia de embarazos no planificados ni deseados (7,8). Existe una escasa utilización de métodos anticonceptivos ya sea por falta de conocimiento, por olvido o por temor al rechazo de su pareja (3,8).

Las adolescentes gestantes se consideran población de riesgo, que aumentan los índices de morbilidad y mortalidad materna e infantil (7).

## **2.2. Definición embarazo no deseado; ITS**

Es una gestación no deseada durante el acto sexual, ni por la pareja en conjunto, ni individualmente. En muchas ocasiones se produce de forma accidental y se asocia a conductas de riesgo sexual, como el inicio precoz de las relaciones sexuales y el uso inadecuado o falta de conocimiento sobre los métodos de anticoncepción (19). Muchos adolescentes tienen embarazos no deseados porque no utilizan los métodos anticonceptivos, o los que los utilizan no lo hacen de forma regular. Los adolescentes no piensan en las consecuencias, no pueden controlar el impulso sexual, tienen relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y son incapaces de hacer frente a la resistencia del compañero, por ejemplo hacia el uso del preservativo (20–22).

Las ITS son enfermedades infecciosas que se transmiten principalmente por contacto sexual (sexo vaginal, anal y oral) de una persona a otra. Pueden estar causados por virus, bacterias, hongos, protozoos o parásitos. A pesar de que los adolescentes representan solo el 25% de la población sexualmente activa, son los más afectados por las ITS, ya que representan casi el 50% de todos los casos de ITS adquiridas recientemente. El consumo del alcohol y drogas (que disminuyen la capacidad de juicio y les conducen a conductas de riesgo), la promiscuidad y el uso inapropiado del preservativo hace a los adolescentes más susceptibles de contraer ITS (23,24).

Según la OMS, cada día un millón de personas contraen una ITS y anualmente 357 millones de persona contraen clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis (24). Por otro lado, según el MSSSI en 2013 la tasa por 100.000 habitantes en el conjunto de la población española de sífilis fue de 8 (3.723 casos) y de gonorrea de 7,12 (3.315 casos). Desde 2001 las tasas de sífilis y gonorrea están en aumento continuo e incluso desde el 2004, las tasas de sífilis superan las infecciones por gonorrea (25). La tasa del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) según el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en 2015 fue de 7,39 (3.428 casos). Desde el año 2008 hasta el 2015 ha habido una disminución en la tasa de 5,12 (26).

## **2.3. Sexualidad; autoestima en la adolescencia**

Según la OMS, la sexualidad humana es un aspecto central del ser humano, que está presente a lo largo de toda la vida. La sexualidad va mas allá del sexo, abarca las

identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la reproducción y la orientación sexual. Se expresa y se vivencia por medio de los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (27,28).

La autoestima se considera como un estado mental, un sentimiento o concepto valorativo de uno mismo, que se va creando poco a poco y que va cambiando durante la vida. Puede ser una percepción positiva o negativa (29,30).

Es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, relacionado con el sentimiento de competencia y valía personal. El autoconcepto de los adolescentes no es heredado o aprendido del entorno, sino de la valoración que hace de su comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de las demás personas (29).

La autoestima impulsa a cada uno a actuar, a seguir adelante y a motivar a alcanzar sus objetivos. La autoestima influye en la problemática social, observándose que los embarazos en adolescentes se producen en gran medida por una baja autoestima (29).

La sexualidad es uno de los pilares del desarrollo y orientación de las adolescentes. Se ha determinado que los adolescentes que no han iniciado las relaciones sexuales o que las inician más tarde, tienen niveles de autoestima más altos que aquellos que son sexualmente activos o las han iniciado temprano (29).

#### **2.4. Salud sexual y reproductiva; los derechos sexuales**

La salud sexual y reproductiva implica el bienestar físico, psíquico y social relacionado con la sexualidad y la reproducción. Así también, implica la posibilidad de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin presión, ni miedo a infectarse o a tener un embarazo no deseado (23,31,32).

La salud sexual es un derecho humano básico, que se tiene que reconocer, promover, respetar y defender. Estos derechos son (33,34):

- El derecho a la libertad sexual: expresión del potencial sexual de los seres humanos. No debe existir coerción, explotación, ni abuso sexual.

- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo: tomar propias decisiones sobre la vida sexual en contexto ético personal y social. Además, es la capacidad de control y disfrute del propio cuerpo, sin tortura, mutilación ni violencia.
- El derecho a la privacidad sexual: decisiones y conductas en un ambiente íntimo, sin que interfiera en los derechos sexuales de otros seres humanos.
- El derecho a la equidad sexual: oponerse a cualquier forma de discriminación.
- El derecho al placer sexual: incluido el autoerotismo, ya que es bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- El derecho a la expresión sexual emocional: todo lo que va más allá del placer erótico o las relaciones sexuales en sí, es decir, expresar la sexualidad por medio de la comunicación, contacto, expresión emocional y amor.
- El derecho a la libre asociación sexual: tener matrimonio o no, de divorciarse y tener otras relaciones sexuales responsables.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables: es decir, la planificación familiar. La planificación familiar es un derecho que tienen las personas que les permite controlar el número de hijos que se desea tener y el tiempo transcurrido entre un embarazo y el siguiente, lo que se consigue mediante la anticoncepción (35). Las personas tienen derecho a utilizar los MAC más eficaces para lograr mejor salud sexual y reproductiva sin riesgos (36).
- El derecho a la información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe ser científica libre y ética, se tiene que difundir a todos los niveles sociales.
- El derecho a la educación sexual integral: empezando en el nacimiento y durante el resto de la vida.
- El derecho a la atención de la salud sexual: necesaria para la prevención y el tratamiento de los problemas, las preocupaciones y los trastornos sexuales.

A pesar de la existencia de los derechos sexuales nombrados anteriormente, siguen existiendo barreras sociales, culturales, políticas y religiosas, que hacen que no se respeten los derechos de las personas e impiden una sexualidad sana. En muchas ocasiones los grupos religiosos y políticos no entienden la importancia de la planificación



familiar, es por eso que no garantizan el acceso a la anticoncepción a todos los grupos etarios, como pueden ser los adolescentes (36).

## **2.5. Métodos anticonceptivos**

Los MAC son unos métodos o procedimientos que se utilizan para prevenir los embarazos en las mujeres sexualmente activas y las ITS.

Para la elección del método más adecuado se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Entrevista, en la que se recogerá la siguiente información: antecedentes personales y familiares, antecedentes ginecoobstétricos (menarquia, fórmula menstrual, número de gestaciones y la evolución de ellas), relaciones sexuales (frecuencia y número de parejas sexuales), MAC utilizados en la actualidad y en el pasado (satisfacción o insatisfacción del método, capacidad para utilizarlo y la actitud), afecciones obstétricas y ginecológicas y prácticas de riesgo (32).
- Se determinará la tensión arterial y el peso (32).
- Realizar educación sanitaria explicando los diferentes MAC que existen y el autocuidado que deben de seguir con cada método (32).

Para mejorar la calidad de la atención en la planificación familiar, la OMS presenta un documento con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. En este documento se encuentran las recomendaciones sobre la seguridad de los diferentes métodos anticonceptivos en relación con su uso en unas condiciones médicas y características específicas (37).

La OMS establece cuatro categorías de clasificación de criterios médicos de elegibilidad para el uso de los anticonceptivos (37):

Tabla 1. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (37).

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Categoría 1</b> | Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.                                  |
| <b>Categoría 2</b> | Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados  |
| <b>Categoría 3</b> | Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método. |
| <b>Categoría 4</b> | Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.  |

Fuente: OMS (37).

Además, puede ser necesario considerar otras condiciones, como por ejemplo la edad, las semanas posparto y el tromboembolismo venoso entre otros (37).

Los requisitos que deben cumplir los MAC para los adolescentes son (38):

- Reversibilidad: ya que no tienen que afectar a la capacidad reproductiva.
- No interferir con el desarrollo físico: porque los adolescentes pueden no haber terminado el desarrollo puberal.
- Facilidad de uso: para un correcto uso.
- Adecuación a la actividad sexual y al modo de relación de pareja: dependerá de la frecuencia de relaciones sexuales y el número de parejas.
- Alta eficacia: porque están en la etapa más fértil. La eficacia que tiene un MAC está relacionada con la capacidad para impedir la gestación. Se expresa por medio del Índice de Pearl (IP), que indica el número de embarazos que se producirán teóricamente en 100 mujeres que utilizan el mismo MAC durante un año. Existe IP teórico (en condiciones óptimas) e IP eficacia real (depende de los posibles fallos humanos en su utilización) (39).
- Protección frente a las ITS.
- Relación del MAC con el acto sexual.
- Coste económico: que puedan permitírselo.
- Características del método: ya que algunas personas son alérgicas al látex.

A continuación se presentan los métodos anticonceptivos recomendados para los adolescentes:

- Preservativo masculino y femenino: son métodos adecuados para los adolescentes ya que son accesibles, baratos (aunque el precio del preservativo femenino es superior) y seguros. La eficacia es inmediata si se utiliza correctamente y es un método que se controla por el propio adolescente. Además, protegen frente a las ITS por eso es importante motivar su uso. El IP teórico en el primer año de uso del preservativo masculino es de 2 embarazos por cada 100 mujeres y el IP de eficacia real en el primer año de uso es de 15 embarazos por cada 100 mujeres, mientras que el IP teórico del preservativo femenino es de 5 embarazos por cada 100 mujeres y el IP de eficacia real es de 21 embarazos por cada 100 mujeres (32,35,38,40,41).
- Píldora anticonceptiva oral combinada, parche anticonceptivo y anillo vaginal: son métodos recomendados en las adolescentes debido a su alta eficacia anticonceptiva y sus efectos beneficiosos no anticonceptivos (disminución de dismenorrea y aumento de los depósitos de hierro porque disminuye la cantidad y duración de la menstruación). Son muy cómodos ya que la pauta de empleo se adapta a la decisión de la adolescente (en caso de la píldora la pauta es diaria, en el parche es semanal y en el anillo es mensual). Es importante motivar su uso explicando los beneficios adicionales nombrados anteriormente y además, en el parche y en el anillo, la dosis hormonal es inferior ya que no existe paso hepático. Son métodos anticonceptivos que no protegen contra la transmisión de las ITS. El anillo vaginal es recomendado en adolescentes que no quieren que los demás sepan que están utilizando algún MAC. El IP teórico en el primer año del uso de la píldora anticonceptiva oral combinada es de 1 embarazo por cada 100 mujeres y el IP de eficacia real en el primer año del uso es de 8 embarazos por cada 100 mujeres. El IP teórico en el primer año del uso del parche y el anillo es de 0,3 embarazos por cada 100 mujeres y el IP de eficacia real es de 8 embarazos por cada 100 mujeres (18,32,35,38,41,42).
- Píldora anticonceptiva hormonal de progesterona e implante hormonal de progesterona: están indicados en las adolescentes que tienen contraindicaciones

a los estrógenos. No se recomiendan en la adolescencia precoz e intermedia, pero sí en la adolescencia tardía. No son tan bien tolerados por las adolescentes, ya que producen ataxia menstrual. No protegen contra las ITS. El implante es recomendado en adolescentes que no quieren que los demás sepan que están utilizando algún MAC, así también para evitar errores relacionados con el manejo. El IP teórico en el primer año de uso de la píldora de progesterona es de 1 embarazo por cada 100 mujeres y el IP de eficacia real en el primer año de uso es de 3 embarazos por cada 100 mujeres, mientras que el IP teórico y de eficacia real del implante de progesterona es menor a 1 embarazo por cada 100 mujeres (18,32,35,38,40,41).

- Dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG): existe un DIU-LNG más pequeño con duración de 3 años, que está indicado en las adolescentes por su facilidad de inserción. Las adolescentes tienen mayor riesgo de expulsión del DIU debido a la nuliparidad. El IP teórico y de eficacia real en el primer año de uso es menor a 1 embarazo por cada 100 mujeres (32,35,40,41).
- Anticonceptivos de emergencia: se deben utilizar en situaciones de emergencia y nunca como método regular de planificación. Pueden ser píldoras de levonorgestrel o acetato de ulipristal o el DIU de cobre, que evitan o retrasan la ovulación. Cabe destacar que no son eficaces si ya se ha producido el embarazo. No previene las ITS. Pueden producir alteraciones en el patrón del sangrado. Previene el embarazo las 72 horas posteriores al sexo sin protección o fallo de otros MAC en el caso de levonorgestrel y entre 72 y 120 horas posteriores con la píldora de acetato de ulipristal, cabe destacar que su máxima eficacia es a las 12 horas posteriores. Su eficacia es entre 60 y 90%. El DIU de cobre es el método más eficaz de anticoncepción de emergencia si se coloca en los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección (32,35,38,41–43).
- Doble método: que consiste en la asociación del preservativo con cualquier otro método hormonal o con el DIU. El preservativo protegerá de las ITS y también si hubiera error en alguno de los otros métodos que se usa. Hay que insistir en su eficacia, sobre todo en cambios de pareja o parejas no estables. Es un método altamente recomendado en las adolescentes ya que previene tanto el embarazo como las ITS (38,40).

Existen métodos anticonceptivos naturales, pero no son recomendables en los adolescentes porque existen altas tasas de fracaso, debido al patrón menstrual irregular de las adolescentes y porque no protegen frente a las ITS. Además, para su correcto cumplimiento es necesaria la colaboración de la pareja para cumplir con los periodos de abstinencia (18,32,35,41). Por otro lado, existen métodos anticonceptivos de barrera, que tampoco son recomendados, ya que al igual que los anteriores, no protegen frente a las ITS (32,35,40,41). Y finalmente los métodos de esterilización quirúrgica, no se recomiendan porque son métodos definitivos y puede haber posterior arrepentimiento (32,35,38,41).

### **2.5.1. Datos epidemiológicos sobre el uso de los métodos anticonceptivos**

Según la OMS, se ha observado un aumento ligero del uso de los métodos anticonceptivos a escala mundial, siendo un 54% en 1990 y un 57,4 % en 2014 (35).

En España, según la Encuesta de Anticoncepción realizada por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en agosto de 2016, en la población entre 15 – 19 años, la media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16,3 años. El 82,5 % de los adolescentes entre 15 – 19 años sí utilizó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, mientras que el 17,1 % no utilizó ninguno (10).

Las respuestas que se obtuvieron en relación a la no utilización de MAC, fueron: problemas de salud, efectos secundarios, incomodidad, mala tolerancia, rechazo por parte de la pareja, ideología, precio, entre otros (10).

El 72% de la población total conocía el doble MAC, a diferencia del 28% que no lo conocía. La mayor parte de la población (97%) conocía la píldora del día después. Respecto al conocimiento de los MAC de larga duración, se evidencia que el 69% sí los conocía, mientras que el 29% no.

En la población de 15 – 19 años al 89,1 % no se les había ofrecido MAC de larga duración (como el DIU o implante) por parte del médico o por la matrona, solamente al 10,9% sí les habían ofrecido estos métodos (10).

El 21% de la población entre 14 – 49 años tenía frecuentemente relaciones sexuales sin MAC y un 18% tenía relaciones sin protección ocasionalmente (10).

A continuación se describirá la anticoncepción utilizada en el momento de la encuesta en la población de 15 – 19 años (10):

Tabla 2. Tipo de MAC utilizado en población entre 15 – 19 años en 2016 (10).

| MAC  | Porcentaje (%) |
|--|----------------|
| Preservativo   | 27,4 %         |
| Píldora  | 18,9 %         |
| DIU cobre  | 0,6 %          |
| Implante subcutáneo                                  | 0,6 %          |
| Otro   | 1,1 %          |
| Métodos naturales de control y abstinencia periódica | 0,6 %          |
| Ninguno  | 49,1 %         |
| No sabe / no contesta                                | 1,7 %          |

Fuente: SEC (10).

El 41,1% de la población de 15 – 19 años no llevaba preservativos por si los necesitarán. Por otro lado el 28,8% de los adolescentes entre 15 – 19 años no utilizaba correctamente el preservativo (10).

## 2.6. Problemas de salud asociados con el embarazo en la adolescencia

El embarazo precoz trae consigo una gran repercusión biopsicosocial tanto para la madre como para el hijo, afectando también al entorno familiar de la madre.

En cuanto a las posibles complicaciones en el bebé están: el retraso del desarrollo psicomotor y afectivo, el bajo peso al nacer, la prematuridad, el retraso del crecimiento intrauterino, las malformaciones congénitas, las muertes perinatales, la incapacidad para el aprendizaje, la mayor probabilidad para enfermar, las enfermedades genéticas, las malas posiciones fetales relacionado con el desarrollo parcial de la pelvis materna y el

aumento de posibilidad de partos por cesárea o partos instrumentados. Todo esto aumenta las tasas de mortalidad infantil (3–5,16,21,31,44,45).

Por otro lado, las complicaciones que pueden aparecer en la madre adolescente son: las hemorragias, la anemia, el trabajo de parto prolongado, las lesiones durante el parto, la toxemia, la diabetes, la eclampsia, la enfermedad hipertensiva, las alteraciones nutricionales y las complicaciones traumáticas del tracto vaginal (como los desgarros). Lo que conlleva a un aumento de los índices de morbilidad y mortalidad de la madre, que aumentan en las madres más jóvenes (4,5,16,21,31,44,45). Esto a su vez, comporta a deserción escolar, incorporación temprana a la vida laboral y peor oportunidad de empleo, desajuste en la integración psicosocial, escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, conflictos familiares y dificultad de relaciones sociales (3–5,7,16,45,46). Las mujeres que han tenido el primer hijo en la adolescencia tienen mayor probabilidad de no contar con el apoyo del padre biológico, no alcanzar la independencia y estabilidad financiera y tener hijas que tengan también embarazos durante la adolescencia (5).

## **2.7. Definición aborto**

Se define el aborto como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes de que el feto llegue a los 500 gramos de peso (8,47).

Cabe destacar que los reportes más antiguos del aborto se originan en China en la época del Emperador Chen Nong en 2.737-2.696 a.C. y en 1.500 a.C. en Egipto, que se encontraron en el papiro de Ebers en el que se describía su realización mediante el uso de dátiles, cebollas y el fruto del acanto mezclados en una cántara con miel, que después se aplicaban en la vulva (8,48).

Existen diferentes tipos de abortos:

- El aborto espontáneo: es la pérdida espontánea del feto antes de las 20 semanas de gestación (47).
- El aborto inducido: se rige por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo del Boletín Oficial del Estado (BOE), de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley permite la IVE en las primeras 14 semanas de

gestación sin que haya una patología materna o fetal. Permite también la interrupción de la gestación antes de las 22 semanas si existe riesgo grave para la salud de la madre y riesgo grave de anomalía para el feto. En caso de que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida, no existen unas semanas de gestación límite para realizar la interrupción de la gestación (47,49–51). El artículo 13 indica los requisitos comunes para la realización de la IVE (49):

- Primero *“Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección”*(49).
- Segundo *“Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado”* (49).
- Tercero *“Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley* (49)”.  
El requisito cuarto (consentimiento en mujeres de 16 y 17 años) se ha suprimido tras la modificación del 22 de septiembre de 2015 (52).

La IVE se puede realizar de dos formas (51,53):

- Inducción médica: se administran diferentes fármacos para provocar el aborto, generalmente se produce el aborto completo sin necesidad de evacuación por aspirado. Los más utilizados son mifepristona, mifepristona más análogo de prostaglandinas (misoprostol), misoprostol, methotrexate más misoprostol y tamoxifeno más misoprostol. El método más eficaz es mediante la utilización de mifepristona más misoprostol, es seguro hasta los 63 días de gestación.
- Evacuación quirúrgica: se realiza dilatación cervical y posterior evacuación ovular por medio del legrado uterino o por aspiración con bomba de vacío. Estas dos técnicas comportan riesgos de complicaciones, como el desgarro cervical, perforación uterina, hemorragia, evacuación incompleta e



infección. Si las semanas de gestación aumentan, los riesgos también. Es una técnica altamente eficaz (>95%), que produce bajas tasas de complicaciones importantes (<0,1%). Se realiza hasta las 14 semanas de gestación.

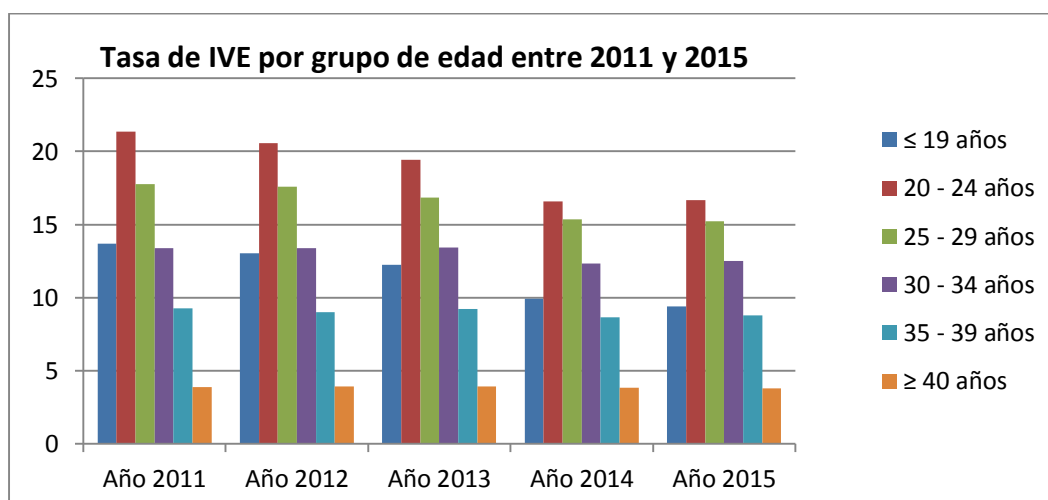
- El aborto inseguro: es el aborto que se realiza por personas sin entrenamiento (47).
- El aborto de repetición: es en el que se produce al menos dos abortos consecutivos o más de dos alternos (47,54,55). El riesgo de segundo aborto (causa no voluntaria) cuando se ha tenido uno anterior es de 16%, cuando se han tenido dos abortos anteriores es de 25%, cuando se han tenido tres abortos anteriores es de 30-45% y cuando se han tenido cuatro abortos previos es de 50% (47).

### 2.7.1. Datos epidemiológicos del aborto

Los datos presentados a continuación corresponden a las IVE durante el año 2015 notificadas por las distintas Comunidades Autónomas a través de la aplicación online realizada por el MSSSI.

Para conocer la evolución de las IVE, se observan los datos de los últimos 5 años (12,56):

Figura 2. Distribución de tasa de IVE por 1.000 mujeres por cada grupo de edad, entre el año 2011 y 2015 a nivel nacional (12,56).



Fuente: MSSSI (12,56).

Tabla 3. Distribución de número de IVE según grupo de edad en el año 2015 a nivel nacional (12,56).

|                    |               |                    |               |
|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| <b>TOTAL IVE</b>   | <b>94.188</b> | <b>TOTAL IVE</b>   | <b>94.188</b> |
| <b>&lt;15 años</b> | 371           | <b>30-34 años</b>  | 20.473        |
| <b>15-19 años</b>  | 9.641         | <b>35-39 años</b>  | 17.117        |
| <b>20-24 años</b>  | 19.063        | <b>40-44 años</b>  | 6.745         |
| <b>25-29 años</b>  | 20.156        | <b>&gt;44 años</b> | 622           |

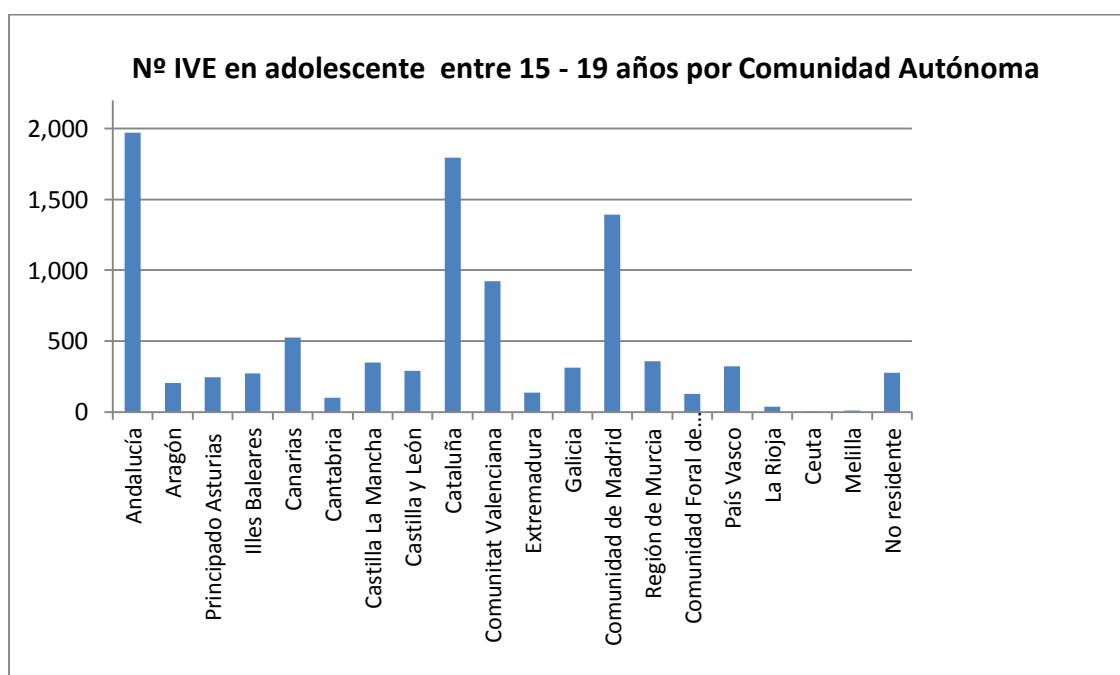
Fuente: MSSSI (12,56).

En la Tabla 3, se aprecia que los cinco grupos de edad con más IVE fueron el de 30 – 34 años, 25 – 29 años, 20 – 24 años, 35 – 39 años y el de 15 – 19 años. En las mujeres entre 15 – 19 años, ha habido una disminución en 2015 en la tasa de IVE de 4,3 respecto al año 2011 (año 2011 tasa de 13,68 y año 2015 tasa de 9,38) (12).

En el año 2015 en el grupo de 15 – 19 años había un total de 9.641 IVE a nivel nacional (12).

En la siguiente figura, se distribuye el número de IVE en 2015 por Comunidades Autónomas y por edad de las adolescentes entre 15 – 19 años (12):

Figura 3. Distribución de número de IVE en 2015 en adolescentes entre 15 – 19 años por Comunidades Autónomas (12).

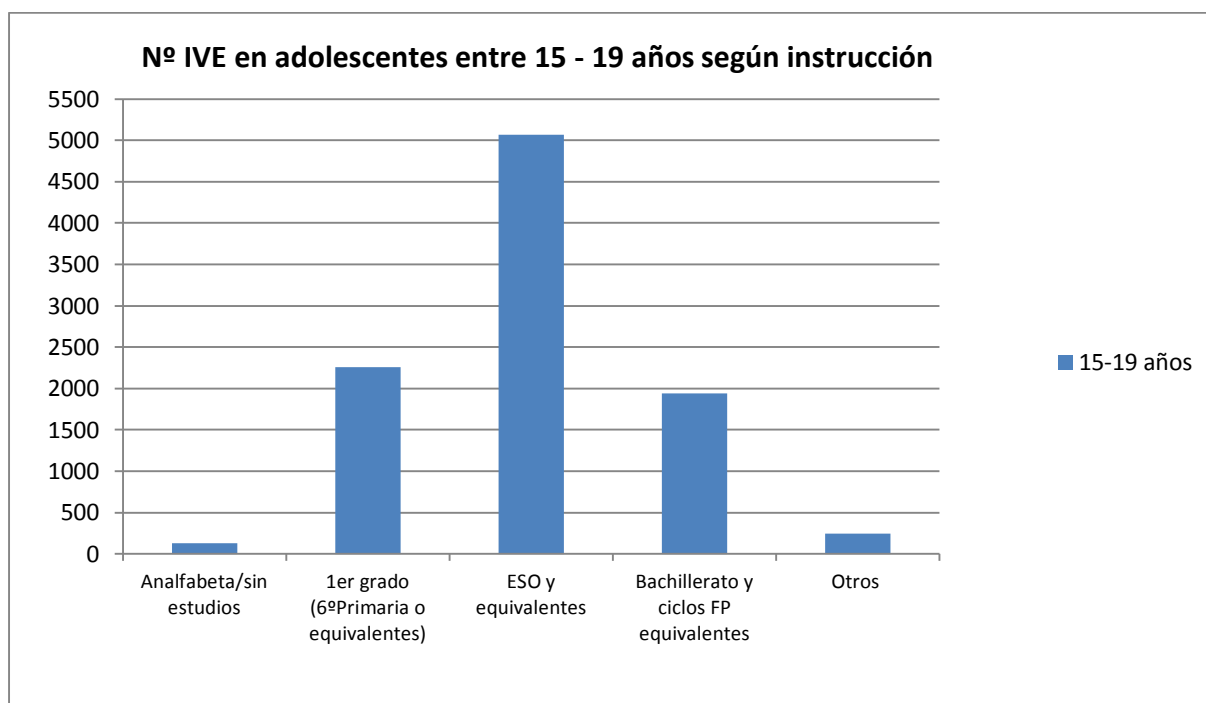


Fuente: MSSS (12).

La Comunidad Autónoma con mayor número de IVE fue Andalucía, seguido de Cataluña y la Comunidad de Madrid. Representando en Cataluña las adolescentes entre 15 – 19 años un 18,6% (1.795 IVE) del total. De este 18,6% de las adolescentes entre 15 – 19 años: el 76,2% se realizaron en Barcelona, 9,7% en Girona, 8,4% en Tarragona y 5,7% en Lleida (12).

Seguidamente, se presenta el número de IVE en mujeres entre 15 – 19 años según instrucción (12):

Figura 4. Distribución de número de IVE en 2015 en adolescentes entre 15 – 19 años según instrucción a nivel nacional (12).

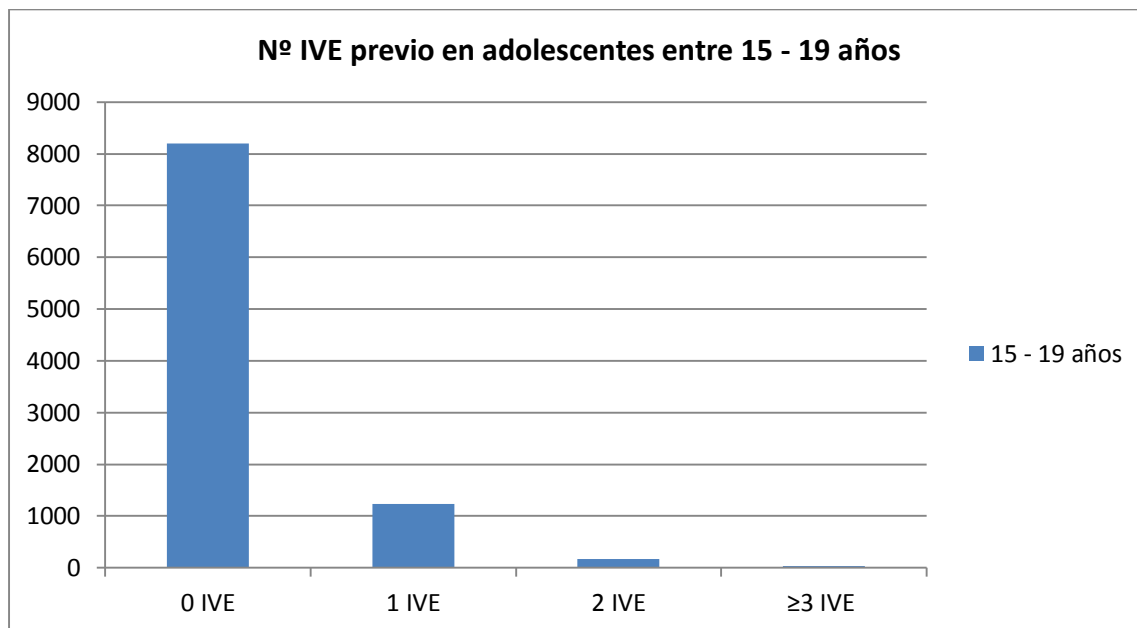


Fuente: MSSSI (12).

El nivel de instrucción predominante en los adolescentes entre 15 – 19 años fue la ESO y equivalentes. Cabe destacar que 128 adolescentes eran analfabetas o no tenían estudios (12).

A continuación, se distribuyen las IVE previas en adolescentes entre 15 – 19 años en 2015 (12):

Figura 5. Distribución de número de IVE previo en 2015 en adolescentes entre 15 – 19 años a nivel nacional (12).

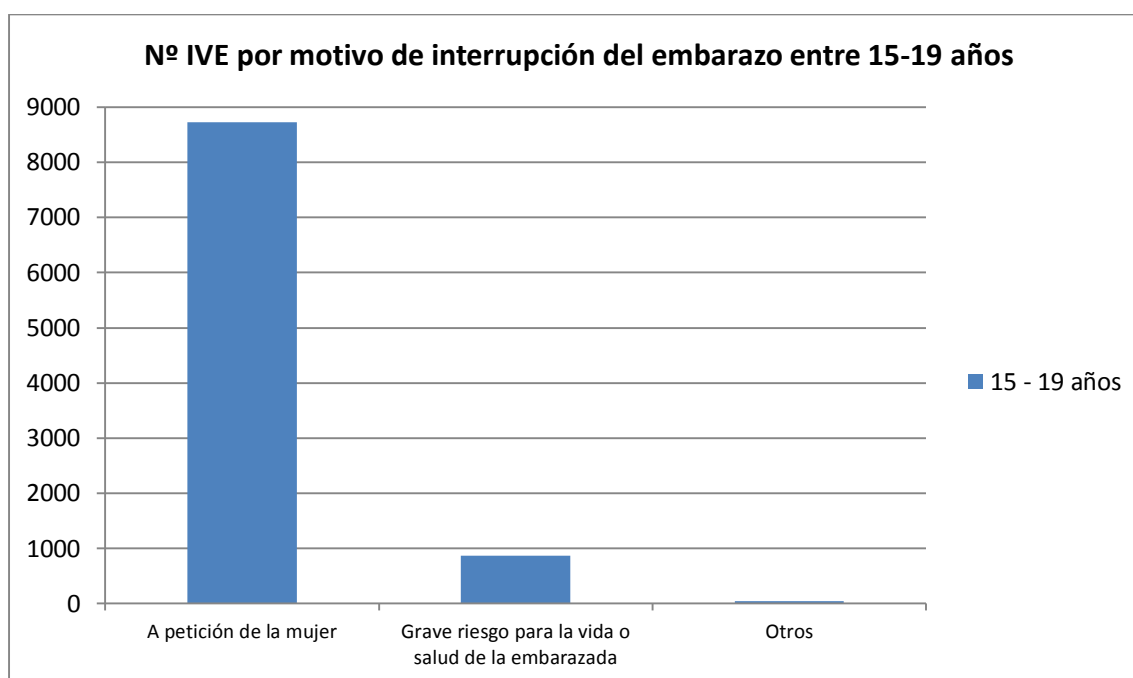


Fuente: MSSSI(12).

Existe un número significativo de adolescentes que tuvieron más de una IVE. 1.236 adolescentes (12,8%) de 15 – 19 años tuvieron una IVE anterior, 175 (1,8%) tuvieron dos IVE anteriores, 19 tuvieron tres IVE anteriores, 6 tuvieron cuatro IVE anteriores y 4 tuvieron cinco o más de cinco IVE(12). A nivel de Cataluña existen 1.795 IVE en adolescentes entre 15 – 19 años, de los que 240 han tenido una IVE (13,4%) (12).

Es importante conocer los motivos por los que se realizaron las IVE (12):

Figura 6. Distribución de número de IVE en 2015 por motivos de interrupción del embarazo en adolescentes entre 15 – 19 años a nivel nacional (12).

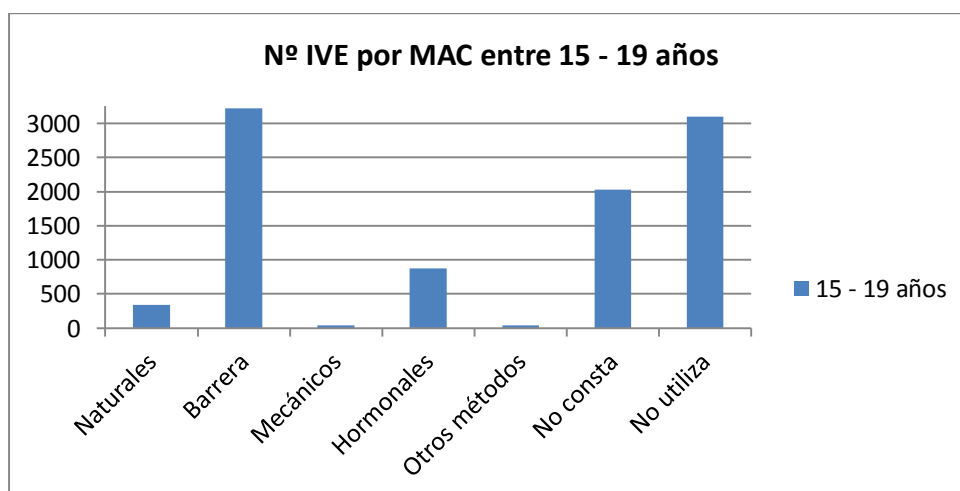


Fuente: MSSSI(12).

El 90,5% de las IVE fueron realizadas por petición de la mujer, mientras que un 9% lo hicieron por grave riesgo para su vida o su salud (12).

Los métodos anticonceptivos que utilizaban las adolescentes que tuvieron IVE fueron (12):

Figura 7. Distribución de número de IVE en 2015 por método anticonceptivo utilizado en adolescentes entre 15 – 19 años a nivel nacional (12).



Fuente: MSSSI(12).

Un número importante de los adolescentes entre 15 – 19 años no utilizó ningún método anticonceptivo (3.101 adolescentes, es decir, un 32,2%). De los que utilizaban los métodos anticonceptivos, destacan los de barrera (3.219 adolescentes, un 33,4%), los hormonales (874 adolescentes, un 9%) y los naturales (340 adolescentes, un 3,5%) (12). Un porcentaje importante de los adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo, lo que también se pudo observar con la encuesta de la SEC, en la que un 49,1% de los adolescentes no utilizaban ningún método en el momento de la encuesta (10).

## **2.8. Intervenciones realizadas en adolescentes**

En 2011, Vital (15) publicó un artículo sobre la intervención comunitaria que llevo a cabo en 30 adolescentes entre 15 y 19 años. Se desarrolló un programa de actividades de 9 sesiones de trabajo con el objetivo de modificar o ampliar los conocimientos sobre el embarazo precoz. Se realizó en tres etapas, una diagnóstica, en la que se pedía el consentimiento informado y se pasaban dos encuestas para determinar las características de la población y las necesidades de aprendizaje. La segunda etapa fue la intervención propiamente dicha, se dividieron los adolescentes en dos grupos de 15 personas y se impartieron las 9 sesiones educativas utilizando técnicas participativas y métodos de enseñanza, 4 horas al mes (1 vez a la semana y cada grupo). Y finalmente la evaluación, pasando el mismo cuestionario que al comienzo. Antes del estudio un 66,7% de los adolescentes tenía escasos conocimientos sobre las consecuencias negativas que supone el embarazo precoz en la madre y niño, después de la intervención el 90% comprendió la importancia de evitar los embarazos precoces ( $p<0,05$ ). Por otro lado, el 93,3% adquirió nociones adecuadas sobre el uso de los MAC, siendo anteriormente un 73,3% ( $p<0,05$ ). Los adolescentes lograron interiorizar la verdadera trascendencia de una gestación precoz, su afectación a la salud de la madre y el bebé y la calidad de relaciones con el entorno (social, escolar, familiar).

En contraste con el artículo anterior, López (4), en su artículo publicado en 2011 indica que la entrega de información sobre la fisiología de la reproducción humana, promoviendo el uso de los MAC, no trae consigo resultados impactantes ya que ni los embarazos, ni los abortos en adolescentes han disminuido de la forma en la que se esperaba. Destaca la importancia de la educación para disminuir los embarazos en los adolescentes con la colaboración de las familias, la escuela, los centros de Atención

Primaria, los profesores y los medios de comunicación. Con la educación se tienen que fortalecer las habilidades y las capacidades de los adolescentes.

Por otra parte, Barbón (5), en su estudio publicado en 2011 destaca la importancia de creación de estrategias de comunicación que lleguen a los adolescentes y permitan romper las barreras, actitudes y creencias nocivas. Mediante procesos interactivos se promoverán actitudes y conductas conforme a los valores.

En la revisión realizada por Colomer (19) en 2013, se resalta que la prevención más efectiva en adolescentes incluyó la familia, los grupos de iguales, el entorno escolar, los medios de comunicación, los entornos de ocio, los profesionales de la salud, los políticos, los grupos religiosos, entre otros. Se ha demostrado que las multis sesiones (más de 10 sesiones), tienen más eficacia que las intervenciones breves porque mejoraron la utilización de la contracepción y disminuyeron la incidencia de embarazo. Entre las intervenciones eficaces, se encuentran “cara a cara”, los vídeos o programas de ordenador. Así también, Puerto-Guerrero (57) recalca que el juego (juego en general) es una actividad de entretenimiento e interacción que exige responsabilidad y compromiso, en el que hay interés y motivación.

Rodríguez (2) señala que la educación sexual es importante porque aumenta el uso de los MAC en adolescentes. A pesar de que el 15% de los adolescentes que había tenido relaciones sexuales no usó ningún MAC la primera vez, el porcentaje era el doble en adolescentes que no habían recibido educación sexual. De la misma forma, Dinaj-Koci (58) creó un programa de intervención que incorporaba a la familia y a la comunidad en los programas de prevención. El objetivo era evaluar si los padres podían actuar eficazmente como fuente de conocimiento y orientación para mejorar el comportamiento y los conocimientos de los adolescentes. Participaron 1833 padres de estudiantes de 10º grado de 8 escuelas secundarias gubernamentales de la isla de New Providence (Bahamas). De forma aleatoria se les asignaba a un grupo de intervención (2 grupos de intervención). En el primero se impartieron conocimientos y hechos relacionados con la salud, incluida la salud sexual. El segundo consistió en intervenciones de reducción de riesgos y se utilizaba la teoría de la motivación. Dentro de este hay otros tres grupos, que se volvieron a asignar de forma aleatoria: primer grupo, padre e hijos

recibieron una sesión de 1 hora en la que visualizaron un vídeo (aproximadamente 20 minutos) sobre la comunicación de temas relacionados con el sexo y la tutorización de los padres, después se discutieron dos viñetas de role play, y se realizó una demostración práctica del uso del preservativo, a los 6 y 12 meses se realizó una sesión de refuerzo; el segundo grupo, volvió a visualizar otro vídeo (aproximadamente 20 minutos) que informó a los padres sobre la planificación de la carrera profesional, y se dio sesión de refuerzo a los 6 meses y en el último grupo los padres no recibieron ninguna intervención. Los padres del primer grupo de intervención (vídeo, discusión de role play y demostración práctica del preservativo) mostraron mayor habilidad y conocimiento que aquellos que no recibieron intervención, además estos percibieron a sus hijos más competentes en sus habilidades de uso del preservativo y hubo mejor comunicación sobre el sexo. Asimismo, en 2010 Deptula (59) publicó en su artículo que los padres tienen potencial para proteger a sus hijos contra el riesgo sexual de los adolescentes, el comportamiento sexual temprano, el uso inconsistente del preservativo y los resultados como el embarazo y las ITS. Se encontró que una buena relación entre padre-hijo estaba asociada con menos relaciones sexuales sin protección, menos embarazos no deseados y menos ITS en los adolescentes.

En el estudio llevado a cabo por García (6), se desarrollaron dos partes, la primera consistía en un proyecto educativo impartido durante enero y febrero de 2009 (curso 2008-2009) en un instituto de la ciudad de Granada y la segunda durante el curso siguiente (2009-2010) que consistía en la implementación de un proyecto “Forma joven”, con actividades para la salud y la creación de una aplicación vía Internet. La media de edad de los adolescentes era de 14,1 años, la muestra constaba de 60 alumnos. En el proyecto educativo se realizaron talleres de participación, que incluían tormenta de ideas, representación de roles, juegos de mitos y datos. Se realizaron 6 sesiones de 45 minutos cada una y en horario lectivo, se pasó un cuestionario inicial con preguntas abiertas. Con la representación de roles interpretaron situaciones que no conocían (situaciones de la vida real, con consecuencias no deseadas que se pueden evitar con coherencia y reflexión) y que aprendieron de ellas. Este proyecto disminuyó el déficit de conocimientos sobre la sexualidad y ayudó a integrar los conocimientos de manera práctica y a mejorar las conductas sexuales de los adolescentes.



Por otra parte, en el artículo de consejería publicado en 2015 por Cannoni (13) dice que la intervención en los adolescentes tiene que tener dos etapas, una entrevista diagnóstica con preguntas abiertas que apoyen la reflexión, evitando juicios morales o de valor y la intervención según la conducta. La consejería en adolescentes sexualmente activos con pareja única o múltiple tiene por objetivo prevenir los embarazos no deseados, las ITS y otros riesgos relacionados con la actividad sexual no protegida. Los consejos recomendados son: fomentar el reconocimiento de las actividades sexuales con doble protección como la conducta más segura, facilitar el reconocimiento de conductas sexuales de riesgo, reforzar de forma positiva a los que tienen actividad sexual protegida, favorecer el acceso a los MAC y a la información sobre ellos. Todo esto ayudará a los adolescentes a ver las consecuencias tanto personales como interpersonales, que habría tras un embarazo no deseado o ITS.

En otro estudio que se llevó a cabo por Shin (60), entre septiembre y noviembre del año 2006 en 2 grupos (33 adolescentes, un grupo control) de adolescentes de Wonju (Corea del Sur), hubo cuatro sesiones de 10 minutos cada una, que se impartieron por un miembro facultativo y ocho estudiantes de enfermería formados en promoción de la salud. En la primera sesión se vieron los diferentes puntos de vista de los adolescentes, opiniones sobre el sexo y se proporcionó información sexual adecuada. En la segunda sesión, se explicó el aparato reproductor femenino y masculino y los cambios sexuales en los adolescentes. En la tercera sesión se explicaron las ITS y los MAC, se utilizó el role play para crear habilidades críticas en situaciones de riesgo sexual. Y en la cuarta se practicaron técnicas de autodefensa para protegerse de la violencia sexual. Otras técnicas que utilizaron en la intervención fueron sesión expositiva, fotos y juegos. Individualmente cada estudiante podía comunicarse con su tutor por medio de llamadas telefónicas, e-mail e Internet (página web). Se observó que los conocimientos sobre sexualidad y actitud sexual eran significativamente superiores respecto al pre test inicial en el grupo que participó en la intervención.

Otro estudio desarrollado fue el de Feutz (61), publicado en 2013 y realizado en adolescentes hispanos. Se implantó un programa “Cúdate” para la prevención del VIH, los embarazos y las conductas de riesgo de los adolescentes entre 13 y 18 años. Lo que se pretendía con este programa era influir en las actitudes, comportamientos, normativas,

creencias y autoeficacia para promover las prácticas sexuales más seguras. Consistía en 6 módulos, de una hora cada uno, e impartidos en pequeños grupos. Se utilizaron las técnicas de discusión, música, videojuegos interactivos, role play y actividades de desarrollo de habilidades. Para animar a los adolescentes a participar en el programa se ofreció compensación financiera, tarjetas de regalo para camisetas (descuentos) y se sirvió comida y bebida durante las sesiones. Se demostró la eficacia del programa “Cúdate” porque se redujeron los comportamientos sexuales de riesgo. La evaluación se realizó con un test inicial y posterior, se demostró mejora de conocimientos, aprendieron a negociar y a decir no al sexo no seguro.

En 2015, Birgisson (62) publicó el artículo sobre el proyecto CHOICE que pretendía eliminar las barreras (coste, educación, acceso) de los MAC de larga duración (DIU e implante hormonal). Se realizó en mujeres entre 14 y 45 años (destacar que se incluyeron participantes de clínicas de abortos). Las participantes recibieron los MAC sin coste durante la participación en el proyecto, además recibieron asesoramiento sobre los MAC, sobre sus riesgos, beneficios y efectos secundarios. Todas las preguntas y preocupaciones fueron resueltas por personal capacitado. Para evaluar la eficacia del proyecto se recogieron los datos a través de entrevistas telefónicas (continuación del MAC, eficacia del MAC, tasas de fracaso, efectos secundarios, etc.). Con el proyecto se encontró que al eliminar las barreras de acceso, coste y asesoramiento, las tasas de continuación de uso de los MAC eran más altas. Por ejemplo, el 82% de los adolescentes entre 14 – 19 años seguía utilizando los MAC de larga duración, mientras que en los MAC de corta acción solo un 49% los seguía utilizando. También hubo una disminución en las tasas de aborto repetitivo ( $p=0,002$ ). Las tasas de fracaso anticonceptivo de los MAC de corta acción (píldora, parche, anillo vaginal) eran cuatro veces superiores a los MAC de larga duración. Además, según Finer (63), la disminución de los embarazos no deseados puede estar relacionada con el aumento del uso de los métodos anticonceptivos de larga duración. Tal y como observó en varios estudios, las chicas en alto riesgo de embarazo no deseado que tenían acceso sin coste y usaban los métodos anticonceptivos de alta eficacia tenían menos embarazos no deseados que aquellas que utilizaban otros métodos (por ejemplo la píldora oral).

Morisson-Beedy (64), publicó en 2013 su artículo en el que evaluó la eficacia de una intervención de reducción de riesgo sexual complementada con sesiones de refuerzo. Las

intervenciones se realizaron en chicas entre 15 y 19 años, divididas en dos grupos, uno de ellos grupo control. El grupo de la intervención recibió 4 sesiones semanales de 120 minutos y 2 sesiones de refuerzo de 90 minutos a los 3 y 6 meses de la intervención. Las adolescentes recibieron 15 \$ por cada sesión. La intervención fue guiada por el modelo de información-motivación-comportamiento, se utilizaron los juegos, actividades interactivas en grupo y los sketches (escenificación). La información que se proporcionó fue sobre el VIH, preparación para disminuir los comportamientos de riesgo, practicar habilidades como el uso del preservativo e información para las preocupaciones de las adolescentes (forma de persuadir al compañero a usar el preservativo, obtención de preservativos, etc.). El grupo control recibió el mismo número de intervenciones, pero sobre temas generales de promoción de la salud (nutrición, manejo de la ira...). La intervención ayudó a disminuir las conductas de riesgo sexual durante un año (duración de la intervención), las chicas tenían más probabilidades de ser abstinentes sexualmente después de la intervención, se disminuyeron el número de relaciones sexuales sin protección, el número de relaciones sexuales y el número de embarazos no deseados. Las sesiones de refuerzo apoyaron el mantenimiento de las ganancias de la intervención.

En 2011, Sieving (65) llevó a cabo una intervención multicomponente de desarrollo juvenil para adolescentes en alto riesgo de embarazo. El objetivo era reducir los precursores del embarazo en adolescentes incluyendo los comportamientos sexuales de riesgo. Se realizó en chicas sexualmente activas entre 13 y 17 años, había un grupo de intervención (126 chicas) y un grupo control (127 chicas). Se realizaron visitas mensuales individuales con temas sobre habilidades emocionales, relaciones saludables, conductas sexuales responsables y participación positiva en la familia, escuela y comunidad. Por cada sesión recibían una recompensa económica. Además se realizaron 15 sesiones (de las cuales algunas fueron en grupo) para abordar habilidades de comunicación, manejo del estrés, resolución de conflictos, relaciones sanas, comprensión de las influencias sociales en los comportamientos sexuales, toma de decisiones sexuales y uso de anticoncepción. Las chicas fueron instruidas y como tarea tuvieron que explicar algunos de los temas desarrollados con los miembros de la familia y grupos de estudiantes (7 sesiones prácticas). La intervención se evaluó por medio de encuestas al inicio y a los 12 meses post intervención. Las chicas del grupo de la intervención fueron más propensas a reportar un uso consistente del preservativo, método

hormonal o doble método que el grupo control. Así mismo, mostraron mayores habilidades de manejo del estrés y niveles más altos de conexión con la familia y la escuela.

En 2012 se publicó la revisión realizada por Guse (66), que tenía como propósito resumir las evidencias publicadas sobre la efectividad de las nuevas intervenciones de salud sexual basadas en los medios digitales para adolescentes entre 13 y 24 años. Diez artículos cumplieron los criterios de inclusión de la revisión. Se encontró que en 2 de los estudios se retrasaba significativamente el inicio de relaciones sexuales (Web basada en actividades de conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con prevención de embarazo, VIH, ITS), un estudio consiguió que los adolescentes eliminaran de las redes sociales las referencias sexuales de su perfil público (correo electrónico con información sobre el riesgo que supone revelar comportamientos sexuales en público), 7 intervenciones influyeron significativamente en la autoeficacia del condón y las actitudes de abstinencia (páginas Web con animación, actividades interactivas, discusión y vídeo sobre temas de sexualidad, contracepción, ley del aborto, violencia de la pareja, educación sobre las ITS, prueba del VIH, correcto uso del preservativo, habilidades anticonceptivas, etc.) y en 6 estudios se aumentaron los conocimientos sobre el VIH, las ITS y el embarazo (actividades interactivas, vídeos, imágenes, audios, conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con prevención de embarazos e ITS). Así también, en su artículo publicado en 2016, Doubova (67) comentó que los adolescentes utilizaban frecuentemente Internet, los teléfonos móviles y los videojuegos, es por esto que hay que aprovechar estas herramientas para implementar estrategias educativas para prevenir los comportamientos sexuales de riesgo. Este tipo de intervenciones tienen ventajas, ya que son accesibles desde cualquier ordenador conectado a Internet, pueden llegar a un gran número de personas, son flexibles porque pueden acceder al contenido según su conveniencia, se pueden automatizar los aspectos del estudio (ejemplo por medio de encuestas evolutivas), tienen privacidad para responder a las preguntas más sensibles y por su asequibilidad porque suponen bajos costes. Además, propuso una estrategia educativa basada en Internet para prevenir los comportamientos sexuales de riesgo en adolescentes. Así mismo, en 2015, Peskin (68) llevó a cabo una intervención que se realizó en ordenadores, pretendía examinar los comportamientos (retrasar la iniciación de las relaciones sexuales y reducir los comportamientos sexuales de riesgo) y los efectos psicosociales. Se realizó la intervención en 10 escuelas y se comparó con

otras 10 escuelas (grupo control), el estudio incluyó 1374 estudiantes. Se realizaron 13 lecciones de 35-45 minutos con actividades de escenarios animados, vídeos, cuestionarios, hojas informativas, muro de graffiti para la personalización y reflexión y actividades de role play que simulaban situaciones reales. Además, se les enseñó seleccionar sus reglas personales a sus comportamientos (sexuales y no sexuales). Se dieron otros temas, como las características de amistades saludables y no saludables, relaciones de citas, anatomía y reproducción, consecuencias (sociales, emocionales y físicas) del sexo, habilidades de comunicación y uso de Internet, consecuencias del embarazo en adolescentes e ITS, conocimientos y habilidades para el uso y negociación del preservativo y los anticonceptivos. En los resultados se observaron mejores conocimientos sobre las ITS y preservativos, también tuvieron mayor autoeficacia para usar preservativos. Metcalfe (69) publicó en 2016 su artículo en el que las mujeres remitían a una página Web de Facebook con información exacta sobre las opciones anticonceptivas (en comparación con la que reciben con folletos informativos) y recibían consejería contraceptiva estándar en las consultas, esto se asoció con un mejor conocimiento y satisfacción. El uso de los medios sociales puede ser una forma de involucrar a un gran número de mujeres y proporcionarles información precisa y oportuna sobre los métodos anticonceptivos. La baja educación estaba relacionada con el no uso de los métodos anticonceptivos en las mujeres con embarazos no deseados, por eso surgió la necesidad de integrar más la educación sobre fertilidad y contracepción en el sistema escolar público antes de que los jóvenes se vuelvan sexualmente activos.

En otra revisión realizada en 2016 por Oringanje (70), que tenía por objetivo evaluar los efectos de las intervenciones de prevención primaria en los embarazos no deseados entre adolescentes, se observó que las múltiples intervenciones (combinación de intervención educativa y promoción de anticoncepción) disminuyeron el riesgo de embarazos no deseados entre los adolescentes de forma significativa ( $p < 0.05$ ). Las intervenciones educativas aumentaron significativamente ( $p < 0.05$ ) el uso del preservativo. En cuanto a las intervenciones de promoción de anticonceptivos, se observó que el uso de los anticonceptivos hormonales fue significativamente ( $p < 0.05$ ) mayor en adolescentes que recibieron intervención. Las intervenciones para prevenir el embarazo no deseado incluyen cualquier actividad (educación para la salud, consejería, educación y desarrollo de habilidades, educación para la salud y educación para la contracepción, educación y

distribución de anticoncepción, asesoramiento grupal o individual) para aumentar los conocimientos y las actitudes de los adolescentes relacionados con el riesgo del embarazo no deseado, promover el retraso en la iniciación de las relaciones sexuales, fomentar el uso constante de los métodos anticonceptivos y disminuir los embarazos no deseados. Mason-Jones (71) en su revisión incluyó 8 ensayos clínicos aleatorizados con 55.157 participantes. En 6 ensayos de programas educativos sobre salud sexual y reproductiva no se encontró ningún efecto demostrable sobre la prevalencia de VIH y otras ITS, ni tampoco sobre el número de embarazos. En cambio en 2 ensayos de programas materiales o monetarios basados en incentivos para promover la asistencia escolar, no hubo efecto demostrable sobre la prevalencia del VIH, pero la prevalencia de infección por el virus del herpes simple fue más baja y también el número de embarazos al final de los ensayos fue menor. En el ensayo que utilizaba la combinación de ambos programas, se redujo la infección por el virus simple del herpes, pero no se detectó ningún efecto para el VIH o embarazos. Hubo poca evidencia de que los programas educativos por si solos sean efectivos para mejorar los resultados de salud sexual y reproductiva en los adolescentes. Las intervenciones basadas en incentivos que se centran en mantener en la escuela a los jóvenes pueden disminuir el número de embarazos no deseados en adolescentes, pero se necesitan más ensayos de alta calidad para confirmarlo.

En 2013, Bonell (72) publicó los resultados de su intervención que tenía por objetivo reducir los comportamientos de riesgo sexual y consecuencias de los embarazos en adolescentes mediante el voluntariado de los adolescentes trabajando con niños pequeños. Se realizó en niñas con edad entre 13 y 14 años (449 niñas, un grupo de intervención y un grupo control). El grupo control continuó con la educación habitual en la escuela. En el grupo de la intervención, se realizaron sesiones semanales de 3 horas durante 18 – 20 semanas en guarderías locales. Durante 90 minutos jugaban con niños menores de 5 años, esto tenía por objetivo desarrollar conciencia sobre la responsabilidad que supone la crianza de los niños. Se teorizó que esto reduciría el riesgo de embarazos en adolescentes al permitir que las niñas adopten decisiones más informadas sobre el comportamiento sexual y la concepción. Además, tuvieron otros 90 minutos de trabajo en grupo con un facilitador capacitado en el desarrollo del joven, en cada sesión se desarrollaba un tema específico (el sexo en adolescentes, la salud sexual y las consecuencias del embarazo no deseado, etc.). Así

también, de forma individual podían ponerse en contacto con un consejero capacitado. A las niñas que asistieron a la intervención se les dieron vales de compra. En los resultados, se observó que las niñas del grupo de la intervención tenían menos probabilidades de reportar baja autoestima, bajos conocimientos sobre salud sexual o dificultad para discutir la píldora anticonceptiva. En el grupo control, la baja autoestima era más prevalente y estaba relacionada con experiencias sexuales.

Harper (73) en 2015 llevó a cabo un estudio para educar a los proveedores a integrar el DIU y los implantes en la rutina del cuidado contraceptivo. Esto incluyó el aumento de los conocimientos de elegibilidad, indicaciones y habilidades de inserción basados en el asesoramiento anticonceptivo para aumentar el conocimiento de las mujeres sobre estos métodos de alta eficacia. Se realizó en 40 clínicas (unos fueron grupo control y no recibieron formación), en mujeres entre 18 y 25 años que estaban en programas de planificación familiar, cuidado post aborto o porque estaban en riesgo de embarazo no deseado. Las clínicas recibieron el entrenamiento durante 0-5 días, se les dio un vídeo informativo para que lo pusieran en las salas de espera. Los conocimientos de efectividad de los métodos de larga duración fueron significativamente mayores en el grupo de la intervención, tenían más probabilidades de elegir estos métodos y además las tasas de embarazo fueron significativamente menores en este grupo.

Tabla 4. Resumen de la evidencia encontrada.

| <b>Autor</b>           | <b>Año publicación</b> | <b>Población</b> | <b>Intervenciones</b>  | <b>Resultados</b>  |
|------------------------|------------------------|------------------|--|--|
| <b>Vital E y cols.</b> | 2011                   | 30 adolescentes  | 9 sesiones con técnicas participativas y métodos de enseñanza.   | Comprensión de la importancia de evitar el embarazo precoz y aumento de nociones adecuadas sobre el uso de los MAC.                      |
| <b>López Y</b>         | 2011                   |                  | Entrega de información sobre fisiología de la reproducción humana promoviendo el uso de los MAC.<br><br>Recomienda colaborar con familia, escuelas, Centros de Atención Primaria, profesores y medios de comunicación.           | La entrega de información no ha dado resultados impactantes ya que ni los embarazos, ni los abortos han disminuido de la forma esperada. |
| <b>Barbón OG.</b>      | 2011                   |                  | Recomienda crear estrategias para la comunicación con los adolescentes que permitan romper las barreras, actitudes y creencias nocivas. Utilizar procesos interactivos para promover actitudes y conductas conforme los valores. |  |
| <b>Colomer J</b>       | 2013                   |                  | Las prevenciones más efectivas en  | Las intervenciones de más de 10 sesiones   |



|                             |      |                         |  |  |
|-----------------------------|------|-------------------------|--|--|
| <b>y cols.</b>              |      |                         | adolescentes incluyen la familia, grupos de iguales, entorno escolar, medios de comunicación, entornos de ocio, profesionales de la salud, políticos y grupos religiosos.<br><br>Las intervenciones eficaces son “cara a cara”, vídeos y programas de ordenador.   | mejoraron la utilización de los MAC y disminuyeron la incidencia de embarazo.  |
| <b>Puerto-Guerrero AH.</b>  | 2012 |                         | El juego es una actividad de entrenamiento e interacción que exige responsabilidad y compromiso y crea motivación.   |  |
| <b>Rodríguez J y cols.</b>  | 2012 |                         | Educación sexual.  | Aumenta el uso de los MAC.   |
| <b>Dinaj-Koci V y cols.</b> | 2015 | 1833 padres (con hijos) | Programa de intervención que incorpora a la familia y a la comunidad.<br><br>Intervenciones de reducción de riesgo y teoría de la motivación.<br><br>En el grupo de la intervención hubo 3 subgrupos:<br><ul style="list-style-type: none"><li>- Vídeo de comunicación sobre el sexo, viñetas, role play y demostración práctica del preservativo.</li></ul> | Mayores habilidades y conocimientos. Los padres percibieron a sus hijos más competentes en sus habilidades de uso del condón y mejor conocimiento sobre el sexo. |

|                           |      |            |   |  |
|---------------------------|------|------------|---|--|
|                           |      |            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vídeo de planificación de la carrera profesional.</li> <li>- No recibieron ninguna intervención.</li> </ul>  |  |
| <b>Deptula DP y cols.</b> | 2010 |            |   | La buena relación entre padre e hijo demostró menos relaciones sin protección, menos embarazos no deseados y menos ITS.              |
| <b>García MA y cols.</b>  | 2011 | 60 alumnos | <p>Proyecto educativo impartido en el instituto e implementación proyecto “Forma Joven” (Internet) con actividades para la salud y la creación de una aplicación vía Internet.</p> <p>Utilizaron talleres de participación, tormenta de ideas, role play, juegos de mitos y datos (6 sesiones de 45 minutos).</p> | Disminuyó el déficit de conocimientos sobre la sexualidad, ayudó a integrar los conocimientos, lo que mejoró las conductas sexuales. |
| <b>Cannoni G y cols.</b>  | 2015 |            | Las intervenciones deben de consistir en 2 etapas, entrevista diagnóstica e intervención según conducta. Las intervenciones deben fomentar el reconocimiento de las actividades sexuales con doble protección como conducta más segura, facilitar el reconocimiento de conductas sexuales de riesgo, reforzar de  | Ayudaron a los adolescentes a ver las consecuencias tras un embarazo no deseado y las ITS.   |

|                        |      |                 |   |   |
|------------------------|------|-----------------|---|---|
|                        |      |                 | forma positiva a los que tienen actividades sexuales protegidos y favorecer el acceso a los MAC y la información sobre ellos.   |   |
| <b>Shin Y y cols.</b>  | 2010 | 33 adolescentes | <p>Grupo de intervención recibió 4 sesiones. La 1ª sesión incluyó la discusión de los diferentes puntos de vista de los adolescentes, opiniones sobre el sexo y proporción de información sexual adecuada. La 2ª, explicación de los aparatos reproductores y cambios sexuales. La 3ª, información sobre las ITS y los MAC (con role play para crear habilidades críticas en situaciones de riesgo sexual). Y la última, técnicas de autodefensa para protegerse de violencia sexual.</p> <p>Además, podían ponerse en contacto con el tutor por vía telefónica, e-mail o página web.</p> | Los conocimientos fueron significativamente mayores.  |
| <b>Feutz K y cols.</b> | 2013 |                 | Programa "Cuidate" de 6 módulos. Incluyó técnicas de discusión, música, videojuegos interactivos, role play y actividades de desarrollo de habilidades.   | Disminuyeron los comportamientos sexuales de riesgo y mejoraron los conocimientos, aprendieron a negociar y decir no al sexo no seguro. |

|                                 |      |            |  |   |
|---------------------------------|------|------------|--|---|
|                                 |      |            | Animaron la participación con compensación financiera y tarjetas de regalo.  |   |
| <b>Birgisson NE y cols.</b>     | 2015 |            | Proyecto CHOICE, tenía por objetivo eliminar las barreras (coste, acceso, educación) para los MAC de larga duración (DIU e implante). Se realizó entre 14 y 45 años (incluidas participantes de clínicas de abortos). Recibieron el MAC sin coste, tuvieron asesoramiento y resolución de dudas. | Al eliminar las barreras, las tasas de continuación de MAC fueron más altas (sobre todo en los de larga duración). Hubo una disminución significativa de las tasas de aborto repetitivo. Las tasas de fracaso de los MAC de larga duración fueron inferiores que los MAC de corta duración. |
| <b>Finer L y cols.</b>          | 2016 |            |  | La disminución de los embarazos no deseados puede estar relacionada con el uso de los MAC de larga duración. Las adolescentes con acceso sin coste a los MAC tuvieron menos embarazos no deseados.  |
| <b>Morisson-Beedy D y cols.</b> | 2013 | 739 chicas | Intervenciones para disminuir el riesgo sexual con sesiones de refuerzo. Había un grupo de intervención y otro control. En el grupo de intervención se utilizaron juegos, actividades interactivas y técnicas de escenificación. Se dio información sobre VIH, preparación para                  | Disminuyeron las conductas de riesgo sexual, aumentaron las probabilidades de ser abstinentes, disminuyeron las relaciones sexuales sin protección y los embarazos no deseados.   |

|                           |      |                  |  |   |
|---------------------------|------|------------------|--|---|
|                           |      |                  | <p>disminuir los comportamientos de riesgo, la práctica del uso del preservativo e información sobre las preocupaciones de las adolescentes.</p> <p>Recibieron compensación financiera por cada sesión que a la que asistían.</p>  |   |
| <b>Sieving RE y cols.</b> | 2011 | 253 adolescentes | <p>Se realizaron visitas con temas sobre habilidades emocionales, relaciones saludables, conductas sexuales responsables y participación positiva en la familia, escuela y comunidad.</p> <p>Y actividades en grupo para crear habilidades de comunicación, manejo del estrés, resolución de conflictos, relaciones sanas, comprensión de las influencias sociales en los comportamientos sexuales, toma de decisiones sexuales y uso de anticoncepción.</p> | Mayor uso consistente del preservativo, método hormonal o doble método. Mayores habilidades de manejo del estrés y niveles más altos de conexión con la familia y la escuela.               |
| <b>Guse K y cols.</b>     | 2012 |                  | <p>Revisión de intervenciones de salud sexual basadas en los medios digitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Web con actividades de conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas</li> </ul>  | Retrasaron el inicio de relaciones sexuales, eliminaron referencias sexuales de redes sociales, influyeron en la autoeficacia del preservativo y actitudes de abstinencia. Y aumentaron los |

|                           |      |                  |  |   |
|---------------------------|------|------------------|--|---|
|                           |      |                  | <p>con prevención de embarazo, VIH/ITS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correo electrónico con información sobre los riesgos que supone revelar comportamientos sexuales en público.</li> <li>- Web con animación, actividades interactivas, discusión y vídeo sobre temas de sexualidad, contracepción, ley del aborto, violencia de pareja, etc.</li> <li>- Web con actividades interactivas, vídeos, imágenes, audios, conocimientos y habilidades relacionados con prevención de embarazo e ITS.</li> </ul> | conocimientos sobre las ITS y los embarazos no deseados.  |
| <b>Doudova SV y cols.</b> | 2016 |                  |  | Los adolescentes utilizan frecuentemente Internet, móviles y videojuegos, hay que aprovechar esta herramienta para implementar estrategias educativas para prevenir los comportamientos sexuales de riesgo. |
| <b>Peskin MF y cols.</b>  | 2015 | 1374 estudiantes | 13 lecciones en las que se utilizaron actividades de escenarios animados, vídeos,  | Hubo mejores conocimientos sobre ITS y preservativos y mejor autoeficacia para el uso de  |

|                               |      |  |   |   |
|-------------------------------|------|--|---|---|
|                               |      |  | cuestionarios, hojas informativas, role play y muro de graffiti. Se dieron temas de anatomía y reproducción, consecuencias del sexo (ITS y embarazos no deseados), habilidades para uso del preservativo y otros MAC.                                       | los preservativos.  |
| <b>Metcafe A y cols.</b>      | 2016 |  | Estudio comparativo entre mujeres que consultan información en Facebook y reciben consejería y mujeres que reciben folletos y consejería.   | La baja educación está relacionada con el no uso de los MAC en las mujeres con embarazos no deseados, por eso hay que integrar la educación en el sistema escolar público antes de que los jóvenes se vuelvan sexualmente activo. |
| <b>Oringanje L y cols.</b>    | 2016 |  | Las intervenciones (múltiples intervenciones) para prevenir los embarazos no deseados incluyen educación para la salud, consejería, educación y desarrollo de habilidades, educación para la contracepción, distribución de anticoncepción y asesoramiento. | Disminuyeron el riesgo de embarazos no deseados, aumentaron el uso de los preservativos y el uso de MAC hormonal.   |
| <b>Mason-Jones AJ y cols.</b> | 2016 |  |   | Poca evidencia de que los programas educativos por si solos sean eficaces para mejorar los resultados de salud sexual y reproductiva en los adolescentes. Es importante la educación de los                                       |

|                       |          |      |           |   |   |
|-----------------------|----------|------|-----------|---|---|
|                       |          |      |           | adolescentes.   |   |
| <b>Bonell y cols.</b> | <b>C</b> | 2013 | 449 niñas | <p>Niñas entre 13 y 14 años, 3 sesiones semanas, voluntariado con niños, trabajo en grupo (sexo en adolescentes y consecuencias del embarazo no deseado) y consejería de forma individual.</p> <p>Recompensa con vales de compra por asistir a las sesiones.</p>  | Hubo menos probabilidades de baja autoestima y bajos conocimientos sobre salud sexual, menos dificultad para discutir la píldora anticonceptiva.          |
| <b>Harper y cols.</b> | <b>C</b> | 2015 |           | <p>Los proveedores de 40 clínicas recibieron la intervención con información sobre el DIU y el implante (aumentar conocimientos de elegibilidad, indicaciones y habilidades de inserción). Las clínicas incluyeron a mujeres entre 18 y 25 años en programas de planificación, cuidados post aborto o en riesgo de embarazo no deseado. Y la población recibió un vídeo informativo en las salas de espera sobre estos MAC.</p> | Las mujeres de las clínicas que recibieron la educación tenían más probabilidades de elegir estos MAC y las tasas de embarazo no deseados fueron menores. |



### 3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Se decide realizar la intervención en este grupo de edad porque el número de IVE en 2015 a nivel nacional es importante (9.641 casos). Además dentro de estos, el 12,8% (1.236 casos) ha tenido al menos un IVE anterior, lo que hace el problema aún más alarmante. La mayor parte (8.721 casos, es decir un 90,5%) de las adolescentes realizaron la IVE por petición propia y además el 32,2% (3.101 casos) de las adolescentes no utilizaba ningún MAC. Es más, Cataluña representa un 18,6% de las IVE en adolescentes entre 15 y 19 años (el 76,2% se realizaron en Barcelona, 9,7% en Girona, 8,4% en Tarragona y 5,7% en Lleida). Además, un 13,4% de las adolescentes entre 15 – 19 años de Cataluña ha tenido una IVE anterior, lo cual es superior al porcentaje de una IVE anterior a nivel nacional. Por otro lado, en la encuesta de la SEC de 2016, se observó que el 17,1% de los adolescentes no utilizó ningún MAC en su primera relación sexual y el 49,1% no utilizaba ningún MAC en el momento de la encuesta.

La realización de la intervención en este grupo de edad es porque la adolescencia es una etapa de riesgos considerables que se ve influenciada por el contexto social. Los adolescentes se ven presionados a consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para comenzar a tener relaciones sexuales (cada vez más pronto) sin haber recibido información exacta sobre la salud sexual y reproductiva. Todo esto supone un elevado riesgo de traumatismo por accidentes, embarazos no deseados e ITS. Generalmente los adolescentes no entienden la relación entre una conducta y sus consecuencias. Se sienten invulnerables. Además, se sienten inseguros o desmotivados para utilizar los MAC, tienen dificultad para negociar el uso de los MAC con su pareja, y las creencias sociales y culturales dificultan el acceso a los MAC.

Es muy importante realizar una intervención en este grupo de edad, ya que se trata de un problema de salud pública que aumenta la morbilidad y la mortalidad de las adolescentes.

Existen pocos estudios que se hayan realizado específicamente en adolescentes que han tenido IVE previo. La mayoría de los estudios concluyen en la importancia de la educación y la utilización del juego y los medios digitales, ya que son herramientas que

los adolescentes utilizan a menudo, es por eso que pueden ser útiles para prevenir los comportamientos sexuales de riesgo.

El programa de intervención es factible económicamente ya que, por un lado las sesiones impartidas en los institutos se pueden realizar por las enfermeras de Salut i escola (previamente formadas en el programa), por otro lado será necesario crear una plataforma de Internet para las actividades en la página web y será necesario personal para evaluar la intervención.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

- Disminuir al menos un 7% el número de nuevos abortos en adolescentes catalanas entre 15 – 19 años con IVE previo, incluidas en un programa de intervención realizado entre Junio 2017-Junio 2018, a evaluar en Julio 2018 mediante los datos de la historia clínica.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Al finalizar la intervención, el 75% de las adolescentes entre 15 – 19 años con IVE previo responderá adecuadamente al 80% de las preguntas del cuestionario sobre conocimientos.
- Al finalizar la intervención, el 80% de las adolescentes utilizará un método anticonceptivo con un IP de eficacia real menor a 21 embarazos por cada 100 mujeres.
- Al finalizar la intervención, el 20% de las adolescentes utilizará el doble método como estrategia para prevenir los embarazos no deseados e ITS.
- Al finalizar la intervención, el 30% de las adolescentes utilizará un método de larga duración (DIU o implante).
- Al finalizar la intervención, el 95% de las adolescentes que utilicen doble método o únicamente el preservativo, conocerá el uso correcto del preservativo.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Población diana**

- Criterios de inclusión: chicas de entre 15 y 19 años, que acudan a los diferentes Centros de Atención Primaria de Cataluña solicitando IVE (se dirigirá desde Barcelona).
- Criterios de exclusión: chicas entre 15 y 19 años que deciden continuar con el embarazo, que no dispongan de acceso a Internet (es posible el acceso a la página web desde zonas públicas con conexión a Internet) y que tengan dificultad idiomática ya que las intervenciones se realizarán en castellano.

### **5.2. Preguntas**

Antes del desarrollo del trabajo, se plantearon varias preguntas, que se van respondiendo a medida que avanza el trabajo. Las preguntas son las siguientes:

- ¿Cuáles son los datos epidemiológicos de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo en adolescentes?
- ¿Cuáles son las principales causas por las que las adolescentes deciden tener una Interrupción Voluntaria del Embarazo?
- ¿Cuáles son las causas por las que a menudo las adolescentes están expuestas a tener embarazos no deseados y contagios por infecciones de transmisión sexual?  
¿Qué problemas derivan del embarazo temprano?
- ¿Cuáles son los datos epidemiológicos sobre el uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes?
- ¿Cuál es el método anticonceptivo más adecuado para los adolescentes?
- ¿Qué programas de intervención se han realizado en adolescentes para prevenir los nuevos abortos, han sido eficaces estas intervenciones?

### 5.3. Metodología de búsqueda

- Bases de datos y páginas Web de sociedades científicas: Pubmed, Biblioteca de Cochrane, Cinalh Plus, Scopus, Cuiden, MetaCercador Udl, Google Scholar, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), OMS, ISCIII, MSSSI, Instituto Nacional de Estadística (INE), The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), BOE, World Association for Sexual Health (WAS), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), SEC, Institut Català de la Salut (ICS).
- Periodo de búsqueda: durante los meses de octubre-enero se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva de artículos relacionados con el tema del trabajo, a partir de entonces se empezaron a elaborar los objetivos, el marco teórico y las intervenciones.
- Palabras clave, términos Mesh: "Epidemiology", "Abortion, Induced", "Adolescent", "Pregnancy", "Reproductive Health", "Accident Prevention", "Primary Prevention", "Prevention and control", "Pregnancy, Unwanted", "Pregnancy, Unplanned", "Sex Education", "Nursing Care", "Nursing Process", "Adolescent", "Young Adults", "Contraception", "Preventive Health Service", "Health Education".
- Inclusión de artículos: se han seleccionado artículos publicados a partir de 2010 para contar con la información más reciente posible y artículos de texto completo de acceso gratuito.
- Exclusión de artículos: artículos de cualquier otra temática que no estén relacionados con el tema principal del presente trabajo y artículos publicado en fechas anteriores a 2010.

## 6. INTERVENCIÓN

La intervención diseñada a continuación ha sido desarrollada a partir de la evidencia científica consultada.

Se trata de un programa de intervención de educación sexual que se llevará a cabo en los Centros de Atención Primaria de Cataluña, coordinado desde Barcelona, donde el abordaje se realiza mediante la creación de una página Web y reorientación de algunas sesiones grupales presenciales en el entorno de Salut i Escola. Debido a la diferencia de edad (adolescentes entre 15 y 19 años) el abordaje se realizará de dos formas diferentes. En el grupo de 15 – 16 años se realizarán sesiones en los institutos y también actividades en la página Web, además los familiares serán informados del programa por parte de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA). Y por otro lado, en el grupo de 17 – 19 años se realizarán actividades solamente por la página Web. Las dos páginas Web abordarán los mismos contenidos aunque la información será tratada de diferente forma ya que son dos grupos de edad con diferente nivel de maduración, de esta forma se adaptará la información a las necesidades de los adolescentes. Las adolescentes serán derivadas desde las visitas de los distintos Centros de Atención Primaria por la matrona, siguiendo los requisitos de inclusión y exclusión en el programa. Se les pedirá el consentimiento informado [Anexo 1] para participar en el programa de intervención, previamente la matrona les explicará en qué consiste el programa y cuáles son sus objetivos.

En las consultas, se colgará un póster informativo sobre el desarrollo del programa de educación sexual.

A pesar de que el programa de intervención va dirigido a adolescentes con IVE previo, se propondrá la participación de grupos de iguales (compañeros de instituto y amigos y conocidos) en las sesiones grupales que se incluirán dentro del programa de Salut i Escola. Se hablará con los institutos de la ciudad para ir a impartir las sesiones allí (se ofrecerá a todos los alumnos de los institutos), porque es importante realizar la educación sexual.

El programa de intervención va a ser dirigido por enfermeras previamente formadas en el programa.

### 6.1. Intervención adolescentes 15 – 16 años

El programa constará de 2 sesiones presenciales, que se realizarán una vez al mes, durante un total de 2 meses. Los temas de las sesiones serán: “Mi cuerpo y mis derechos” y “De qué forma puedo protegerme”. Estas dos sesiones serán presenciales y se llevarán a cabo en el instituto en el horario habitual, a fin de que no haya impedimento en la participación en el programa por incompatibilidad de horarios. La hora será pactada con los tutores de los alumnos en los institutos. Además, la novedad que tiene este programa de intervención es una página Web. Se les explicará a los adolescentes y se les dará una identificación (código) para que puedan entrar a las diferentes actividades.

| <b>Sesión 1: “Mi cuerpo y mis derechos”</b>   |  |
|---|--|
| <b>Objetivos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar los conceptos de sexualidad, salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales.</li> <li>- Dar a conocer las consecuencias tras las conductas sexuales de riesgo.</li> <li>- Crear habilidades para adoptar conductas sexuales responsables.</li> <li>- Trabajar la autoestima.</li> </ul> |
| <b>Duración</b>   | 1 hora y 40 minutos.   |
| <b>Lugar</b>  | Sala del Instituto.  |
| <b>Material necesario</b>   | Muro para graffiti, pinturas, sala dotada con sillas, pizarra, tiza para escribir, folios blancos y bolígrafos.  |
| <b>Desarrollo de la sesión</b><br>(estrategias de la sesión: muro de graffiti, discusión, tormenta de ideas, vídeo y role play) | Para captar la atención y la confianza de los adolescentes, primeramente se les pedirá que dibujen un muro de graffiti en el que expresen que es la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, dispondrán de 5 minutos. A continuación durante 10 minutos se comentará lo que han  |

dibujado.

Se elegirá un voluntario para que salga a la pizarra y mediante la tormenta de ideas, se irán apuntando los aspectos que cada uno va diciendo hasta completar la definición de sexualidad y salud sexual y reproductiva, esto tendrá una duración de 15 minutos.

Después, se visualizará un vídeo de casos para introducir los derechos sexuales:

- Caso 1: la pareja de una adolescente de 15 años le dice que quiere que tengan relaciones sexuales. Ella dice que no está preparada, pero su novio le dice que si no hace lo que quiere le dejará, por lo que ella acepta.
- Caso 2: adolescente de 16 años acude al Centro de Atención Primaria de su barrio para solicitar la pastilla anticonceptiva de emergencia porque mantuvo relaciones sexuales sin protección y tiene miedo a quedarse embarazada. Le niegan darle la pastilla.

Una vez visualizado el vídeo, se pasará a la discusión de los casos, a partir de allí se explicarán los derechos sexuales. Incidir en que tienen estos derechos y por ejemplo si alguna vez su pareja quiere hacer algo (como el caso 1 del vídeo), pero él/ella no quiere hacerlo, pueden decir no y esto se debe respetar. Todas las personas quieren que se respeten sus derechos, pero también es importante que se respeten los derechos de las demás personas. La parte de la sesión de los derechos sexuales tendrá una duración de 15 minutos.

Seguidamente se trabajará la autoestima, esta actividad tendrá una duración de 20 minutos. Se les dará la hoja de



“El autoconcepto”(74) [Anexo 2], tendrán que dibujar una expresión a las caras y escribir una frase describiendo cómo se ven a sí mismo. Después en parejas, las leerán y comentarán, esto les hará ver el lado positivo de las cosas y reforzarán las cualidades.

A continuación se trabajarán las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo, esta parte de la sesión tendrá una duración de 35 minutos. Para ello se realizará el role play de 4 casos:

- Caso 1: *“Una adolescente de 16 años, llama a su amiga para que la acompañe a hacerse un test de embarazo. La última vez que se vio con su novio tuvieron relaciones sexuales sin protección y tiene un retraso menstrual de varios días y cree que puede estar embarazada y es por eso que está muy asustada”.*
- Caso 2: *“Una chica queda con su amiga para contarle que ayer tras una noche de fiesta y haber consumido alcohol, decidió tener relaciones sexuales con su pareja. Utilizaron el condón pero durante el coito el condón se rompió y no disponían de otro, pero aún así continuaron”.*
- Caso 3: *“Una adolescente y su novio deciden tener relaciones sexuales. El chico no quiere que utilicen el condón ya que ha escuchado que este disminuye el placer sexual. La chica tiene miedo de decirle no a su novio, por lo que acepta” (representar la negociación).*
- Caso 4: *“Una chica le cuenta a su mejor amigo, que ayer con su amiga compartieron los juguetes sexuales, entre los que se encontraba el vibrador.*

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>Entre una y otra no cambiaron el preservativo, utilizaron el mismo para las dos”.</i></p> <p>Los adolescentes por grupos tienen que identificar las situaciones que representan comportamiento de riesgo sexual y propondrán un cambio para que pasen a ser conductas responsables. Después se pondrá en común.</p> <p>Esto ayudará a los adolescentes a desarrollar habilidades para enfrentarse a estas situaciones.</p> <p>Se incidirá en la importancia de evitar un embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual.</p> |
|--|--|

| <b>Sesión 2: “De qué forma puedo protegerme ”</b>   |  |
|---|--|
| <b>Objetivos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los MAC que existen.</li> <li>- Conocer la forma correcta de utilizar el preservativo.</li> </ul>   |
| <b>Duración</b>   | 1 hora y 30 minutos.   |
| <b>Lugar</b>  | Sala del instituto.  |
| <b>Material necesario</b>   | Sala dotada con sillas, métodos anticonceptivos y dildo  |
| <b>Desarrollo de la sesión</b><br>(estrategias de la sesión: juego, persuasión y práctica del preservativo) | <p>En esta sesión se explicarán los métodos anticonceptivos de barrera, hormonales, de emergencia, de larga duración y el doble método. Se realizará mediante el juego de la ruleta (duración de 50 minutos), en cada compartimento de la ruleta habrá una caja en la que dentro estará un MAC, y así con todos los MAC. Se dividirán los adolescentes en dos grupos e irán girando la ruleta y abriendo la caja correspondiente. Tiene que decir el nombre del MAC que les ha tocado y hacer una pequeña descripción de su funcionamiento. Por cada método que acierten se les dará un punto y al final el grupo con más puntos tendrá premio (preservativos, la recogida del premio es voluntario, si alguno de los adolescentes no lo</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>quiere, puede no cogerlo). Si los adolescentes no saben identificar los MAC, la enfermera proporcionará la información correcta.</p> <p>Se incidirá que el anticonceptivo de emergencia no se usa como un método habitual.</p> <p>Además, se incidirá en los MAC de larga duración y su gran efectividad para prevenir los embarazos no deseados. Y la importancia del uso del doble método porque es la conducta más segura, ya que previene los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Se crearán dos grupos, uno de los grupos tendrán que dar argumentos al otro grupo para convencerlo para que utilicen algún método anticonceptivo. Después se intercambiarán los papeles, cada grupo dispondrá de 10 minutos (20 minutos en total).</p> <p>Y finalmente, se realizará la práctica del preservativo explicando los factores a tener en cuenta antes de su colocación (conservación, fecha de caducidad, integridad, etc.), esto tendrá una duración de 20 minutos.</p> |
|--|---|

Por otro lado, en la página Web dispondrán de 5 apartados: “Mis derechos sexuales” “Las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo”, “De qué forma puedo protegerme de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual”, “Otras formas de protección de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual” y “Ayúdame”. A continuación, se desarrolla cada apartado:

| <b>Apartado 1: “Mis derechos sexuales”</b> |   |
|--|---|
| <b>Objetivos</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer que es la sexualidad y la salud sexual y reproductiva y cuáles son los derechos sexuales.</li> <li>- Trabajar la autoestima</li> </ul> |
| <b>Desarrollo de la actividad</b>          | Se abrirá una ventana junto a un calendario, en la que  |

|  |   |
|--|---|
| <p>(estrategias: juego de palabras, imágenes, reflexión, herramientas de Internet y vídeo)</p> | <p>las adolescentes pueden pedir cita con la matrona responsable seleccionando de las fechas disponibles la que mejor les vaya. La matrona les aconsejará sobre los MAC.</p> <p>Para conocer la definición de sexualidad y salud sexual y reproductiva se les abrirá una pestaña con varias palabras [Anexo 4], de las que tendrán que seleccionar las que incluirían en las definiciones de estos conceptos. Una vez que terminen de seleccionar las palabras, les saldrá la definición completa. Después aparecerá un mensaje en el que pondrá: <i>“La salud sexual y reproductiva es un derecho que todas las personas tienen. Se tiene que promover, reconocer, respetar y defender”</i>.</p> <p>Se les dará una lista de 5 derechos sexuales con sus definiciones y tienen que elegir tres de ellos y buscar en Internet una foto en la que se vea respetado el derecho o en el que no se respete. Los derechos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derecho a la libre asociación sexual (tener matrimonio o no, de divorciarse o tener otras relaciones responsables).</li> <li>- Derecho a la expresión sexual emocional (expresar la sexualidad por medio de comunicación, contacto, expresión emocional y amor).</li> <li>- Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables (controlar el número de hijos que se quiere tener y cuando tenerlos).</li> <li>- Derecho a la equidad sexual (oponerse a cualquier forma de discriminación).</li> <li>- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad</li> </ul> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>sexuales del cuerpo (tomar propias decisiones sobre la vida sexual).</p> <p>Para que los adolescentes puedan entender que es la autoestima se les dará un enlace de acceso a la página de Sexe Joves (75) en la que podrán visualizar unos vídeos. Esto hará que reflexionen y mejorará la autoestima.</p> |
|--|---|

| <b>Apartado 2: “Las consecuencias de las conductas de riesgo sexual”</b>                               |   |
|--|---|
| <b>Objetivos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar conductas sexuales de riesgo.</li> <li>- Adoptar conductas sexuales responsables.</li> </ul>   |
| <b>Desarrollo de la actividad</b><br>(estrategias: discusión de casos, película y experiencias reales) | <p>Para trabajar las conductas sexuales de riesgo se darán 3 casos que tienen que clasificar como conductas sexuales de riesgo o conductas responsables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso 1: me quedé embarazada porque acepté tener relaciones sexuales con mi pareja sin utilizar ningún método anticonceptivo porque si no lo hacía me iba a dejar.</li> <li>- Caso 2: tomaba la píldora anticonceptiva y pensaba que estaba protegida, pero me contagie de una infección de transmisión sexual.</li> <li>- Caso 3: tomaba la píldora anticonceptiva, íbamos a tener relaciones sexuales con mi novio, él me propuso de utilizar también el preservativo.</li> </ul> <p>Para que los adolescentes vean que las conductas de riesgo tienen consecuencias se les recomendará ver la película de “Juno”.</p> <p>Los casos anteriores y la película les harán reflexionar y de esta forma se evitarán situaciones similares ya que verán las consecuencias que supone el no usar ningún MAC, no solo el embarazo no deseado, sino también las</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Y finalmente dispondrán de un vídeo explicativo de un miembro de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) sobre la vida de las personas que viven con el VIH y las ITS en general.</p> |
|--|---|

**Apartado 3: “De qué forma puedo protegerme de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual”**

|  |  |
|--|--|
| <b>Objetivos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los métodos anticonceptivos de barrera, hormonales y de emergencia.</li> <li>- Conocer la forma correcta de utilizar el preservativo.</li> </ul>  |
| <b>Desarrollo de la actividad</b><br>(estrategias: imágenes, vídeo y preguntas de verdadero o falso) | <p>En esta sección, los adolescentes dispondrán de imágenes de cada uno de los MAC, y cuando entran en cada imagen se reproducirá un vídeo en el que se explica de forma breve en qué consiste el método, cómo se utiliza, los efectos beneficios y secundarios, si protegen de las ITS y cuál es su eficacia.</p> <p>Y finalmente se darán unas instrucciones sobre el uso del preservativo, tienen que decir cuáles son correctas y cuáles son incorrectas. En las indicaciones falsa, saldrá la respuesta correcta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guardar los preservativos en la cartera del pantalón o en la guantera del coche en épocas de calor. (La justificación será: guardar siempre en lugar seco y fresco ya que el calor puede dañar el preservativo, no guardar en cartera ni guantera)</li> <li>- Revisar la fecha de caducidad del envase del preservativo.</li> <li>- Abrir el paquete del condón con tijera o con los dientes para evitar dañarlo. (La justificación será:</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>nunca abrir con tijeras o dientes, siempre cuidadosamente con los dedos porque el resto pueden dañarlo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar la integridad del condón antes de utilizarlo.</li> <li>- Colocarlo sobre el pene erecto, deslizar hacia abajo para que quede bien adherido. Es importante no dejar burbujas de aire y que quede espacio para que pueda depositarse el semen.</li> <li>- Colocarlo desde el inicio de la erección y antes de cualquier contacto sexual.</li> <li>- Volver a verificar el condón, pero únicamente después de la actividad sexual. (La justificación será: revisarlo también de vez en cuando durante el coito)</li> <li>- Cuando se pierde la erección, no sostener el condón en la base del pene para que el condón salga solo. (La justificación será: sostenerlo en la base del pene para evitar que salga el semen)</li> <li>- Guardar el preservativo después del coito ya que se puede reutilizar en otras ocasiones. (La justificación será: no es reutilizable, hay que desecharlo)</li> </ul> |
|--|--|

#### **Apartado 4: “Otras formas de protección de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual”**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Objetivos</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los MAC de larga duración y el doble método.</li> <li>- Eliminar las barreras sobre los MAC.</li> </ul> |
| <b>Desarrollo de la actividad</b> | Al igual que en el apartado anterior, los adolescentes   |

|  |  |
|--|--|
| <p>(estrategias: imágenes, vídeo, juego y mitos)</p> | <p>dispondrán de imágenes de cada uno de los MAC, y cuando entran en cada imagen se reproducirá un vídeo en el que se explica de forma breve en qué consiste el método, cómo se utiliza, los efectos beneficios y secundarios, si protegen de las ITS y cuál es su eficacia. Para comprobar que han entendido los conceptos clave sobre los MAC se realizará el juego del ahorcado, que consiste en realizar una pregunta sobre algún MAC (se dará el número de letras que contiene). Si aciertan las letras, irán apareciendo en la posición que ocupan en la palabra y si no aciertan se irá dibujando un elemento de la figura. Esto se realizará hasta adivinar la palabra o completar la figura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pregunta 1: ¿Cuál es el método anticonceptivo que protege de las infecciones de transmisión sexual? (12 letras)</li> <li>- Pregunta 2: ¿Cuál es el método más seguro, que protege a la vez de los embarazos no deseados y también de las infecciones de transmisión sexual? (palabra compuesta: 5 + 6 letras)</li> </ul> <p>Después de esta pregunta, saltará una señal de exclamación, que incidirá que este método es el más seguro porque se combinan dos métodos (ya sea por ejemplo el preservativo y las píldoras hormonales o el preservativo o el DIU) y protege de las ITS y de los embarazos no deseados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pregunta 3: ¿Cuál es el método anticonceptivo de larga duración con mayor eficacia? (3 letras)</li> <li>- Pregunta 4: En caso de fallo de método habitual, ¿qué método se debe utilizar? (palabra compuesta: 14 + 2 + 10)</li> </ul> |
|--|--|



|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pregunta 5: ¿Cuál es el método anticonceptivo que se empieza a tomar el primer día de la menstruación? (7 letras)</li> </ul> <p>Los adolescentes que respondan de forma correcta todas las preguntas y lo hagan en el menor tiempo posible tendrán como premio preservativos, que se les proporcionarán en los institutos.</p> <p>A continuación, los adolescentes tendrán una serie de frases y tienen que decir si son ciertas o falsas. Esto ayudará a eliminar algunos de los mitos que hay sobre los métodos anticonceptivos. Una vez que hayan identificado todos los falsos mitos, tendrán unas justificaciones y tienen que unirlos con cada mito.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las duchas vaginales previenen los embarazos. (Justificación: los espermatozoides ya han entrado a la vagina por lo que no se evita el embarazo)</li> <li>- Si tomo la píldora no debo preocuparme por nada, ya que estoy protegida al 100%. (Justificación: la píldora no protege de las infecciones de transmisión sexual, por lo que no hay protección total)</li> <li>- En la primera relación sexual no hay riesgo de embarazo, por lo que no hace falta utilizar un método anticonceptivo. (Justificación: en todas las relaciones hay riesgo de embarazo)</li> <li>- Los métodos naturales son muy seguros. (Justificación: hay altas tasas de fracaso y además no protegen de las infecciones de transmisión sexual)</li> <li>- La pastilla anticonceptiva de emergencia no</li> </ul> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>causa aborto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El coito interruptus protege de los embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual. (Justificación: no protege de las infecciones de transmisión sexual y en relación a la protección de embarazos no es efectiva al 100% porque es difícil determinar cuándo se va a eyacular)</li> <li>- El condón se tiene que utilizar únicamente en el momento justo antes de la eyaculación. (Justificación: se tiene que utilizar antes de entrar en contacto para prevenir las infecciones de transmisión sexual)</li> <li>- La píldora anticonceptiva engorda. (Justificación: las dosis son muy bajas, no se ha encontrado relación con el aumento del peso)</li> <li>- Para protegerse de las infecciones de transmisión sexual hay que utilizar el preservativo.</li> </ul> <p>También dispondrán de un vídeo en el que varios adolescentes dan argumentos a favor de la utilización de los MAC, esto hará reflexionar a los participantes de intervención.</p> <p>Por último, destacar que nuevamente se abrirá una ventana junto a un calendario, en la que las adolescentes pueden pedir cita con la matrona responsable seleccionando de las fechas disponibles la que mejor les vaya. La matrona les aconsejará sobre los MAC de larga duración y si lo desean se procederá a su colocación.</p> |
|--|---|

#### **Apartado 5: “Ayúdame”**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Objetivos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resolver las inquietudes de las adolescentes.</li> </ul> |
|------------------|---|

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Desarrollo de la actividad</b> | <p>En este apartado de la página Web, los adolescentes podrán realizar preguntas de forma anónima a los profesionales de salud, los cuáles les responderán en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.</p> <p>Además aquí podrá encontrar preguntas frecuentes de los adolescentes con sus correspondientes resultados.</p> |
|-----------------------------------|---|

Después de cada sesión se pasará a los adolescentes un cuestionario de satisfacción, para que evalúen las sesiones y propongan cosas a mejorar [Anexo 4]. Así también, en la página web en cada apartado deberán rellenarlo [Anexo 4]. Y una vez finalizado todo, se pasará otro para obtener la satisfacción global del proyecto [Anexo 5].

## 6.2. Intervención adolescentes 17 – 19 años

Tal y como se ha explicado anteriormente, la intervención en adolescentes entre este rango de edad se realizará únicamente vía Internet, a través de la página Web. A las adolescentes entre 17 – 19 años se les invitará utilizar la página Web desde las consultas de Atención Primaria. Si otros adolescentes de esta edad (amigos de las participantes) quieren participar, pueden hacerlo, se les dará un código de identificación para que puedan acceder a la página Web. El contenido de la página Web será el mismo que la de los adolescentes entre 15 – 16 años, pero el abordaje se realizará de diferente forma. Constará de 5 apartados: “Mis derechos sexuales” “Las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo”, “De qué forma puedo protegerme de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual”, “Otras formas de protección de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual” y “Ayúdame”.

| <b>Apartado 1: “Mis derechos sexuales”</b>  |   |
|---|---|
| <b>Objetivos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer que es la salud sexual y reproductiva y cuáles son los derechos sexuales.</li> <li>- Trabajar la autoestima.</li> </ul>  |
| <b>Desarrollo de la actividad</b><br>(estrategias: vídeo, discusión de casos, imágenes y reflexión de | Se abrirá una ventana junto a un calendario, en la que las adolescentes pueden pedir cita con la matrona responsable seleccionando de las fechas disponibles la que mejor les vaya. La matrona les aconsejará sobre los |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <p>cualidades y logros)</p> | <p>MAC.</p> <p>Esta actividad consistirá en un vídeo en el que varios adolescentes van a ir explicando que es la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales.</p> <p>Después, se expondrán 4 casos y 4 derechos sexuales. Los adolescentes tienen que unir cada derecho sexual con el caso que mejor lo representa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso 1 (derecho a conocer, cuidar y decidir sobre mi cuerpo): la pareja de una adolescente de 18 años quiere que tengan relaciones. Ella no quiere, por lo que dice no.</li> <li>- Caso 2 (derecho a tener relaciones sexuales sin ponerse en riesgo de embarazo): una adolescente tiene miedo a quedarse embarazada, por lo que decide tomar la píldora anticonceptiva.</li> <li>- Caso 3 (derecho a decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, sin presión ni violencia de ningún tipo): la pareja de una adolescente quiere que mantengan relaciones sexuales, le dice que si no lo hacen, la dejará. Ella se siente presionada, pero le dice no.</li> <li>- Caso 4 (derecho a decidir sobre la maternidad y a usar métodos anticonceptivos seguros): adolescente acude al Centro de Atención Primaria de su barrio solicitando información sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar.</li> </ul> <p>En este apartado habrá 2 imágenes [Anexo 6] y se les proporcionarán estos derechos sexuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derecho a la libertad sexual</li> </ul> |
|-----------------------------|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo</li> <li>- Derecho a la privacidad sexual</li> <li>- Derecho a la equidad sexual</li> <li>- Derecho a la atención de la salud sexual</li> <li>- Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables</li> </ul> <p>Tienen que seleccionar los derechos que no se respetan en las imágenes (es posible más de una respuesta).</p> <p>Y finalmente se trabajará la autoestima, tienen que hacer una lista de 5 cualidades positivas y 5 logros en la vida. Si no llegan a 5 o no se les ocurre ninguno, pueden seleccionar los disponibles en la guía de ejemplos (74) [Anexo 6] y deben clasificarlas en dos columnas (una de cualidades y otra de logros). Saldrá un mensaje que dirá: <i>“Repite estas cualidades y logros en voz baja para darte ánimos”</i>.</p> |
|--|---|

## **Apartado 2: “Las consecuencias de las conductas de riesgo sexual”**

|  |  |
|--|--|
| <b>Objetivos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar conductas sexuales de riesgo.</li> <li>- Adoptar conductas sexuales responsables</li> </ul>   |
| <b>Desarrollo de la actividad</b><br>(estrategias: experiencias reales y discusión de casos) | <p>En este apartado se verá la diferencia entre las conductas sexuales de riesgo y las conductas sexuales responsables. Haciendo especial hincapié en que los comportamientos tienen consecuencias, y algunas de ellas pueden ser negativas y para ello se dispondrá de un vídeo. Por un lado, en esta parte habrá un vídeo en el que dos adolescentes explicarán sus vivencias, una explicará su vida después de tener una interrupción voluntaria de embarazo y otra cómo ha cambiado su vida tras tener a su bebé. Por otro lado, un miembro de</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>SEISIDA explicará las ITS exponiendo los datos sobre la prevalencia de estas, y en particular explicará cómo viven las personas con el VIH.</p> <p>Después se expondrán unos casos en los que tienen que identificar si se trata de una conducta sexual de riesgo o una conducta responsable. Dispondrán de dos columnas, una columna de conductas responsables y otra de conductas de riesgo y tienen que clasificar los casos en las columnas correspondientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caso 1: <i>“una chica y un chico quieren tener relaciones sexuales. Ella toma la píldora anticonceptiva. Ha escuchado que si no utiliza el preservativo puede contagiarse de las infecciones de transmisión sexual, por lo que deciden utilizar también el preservativo.”</i></li> <li>- Caso 2: <i>“una pareja tiene relaciones sexuales y utilizan el preservativo, pero durante el coito se rompe, pero aún así continúan. Ella dice que ya le ha pasado esto otras veces y que siempre se toma el anticonceptivo de emergencia después de tener relaciones.”</i></li> <li>- Caso 3: <i>“una adolescente decide tener relaciones sexuales con un chico, no utilizan ningún método anticonceptivo porque ella dice que siempre lo ha hecho sin ningún MAC y nunca se ha quedado embarazada.”</i></li> </ul> <p>Si colocan el caso dos y tres en la columna de conductas de riesgo, se abrirá una nueva pestaña en la que tienen que seleccionar la actuación que sea correcta en cada situación.</p> <p>En el caso 2:</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llevar más de un preservativo por si se rompe.</li> <li>- Tomar la pastilla anticonceptiva de emergencia una semana después de tener relaciones.</li> <li>- Realizar duchas vaginales para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual.</li> </ul> <p>En el caso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar la píldora anticonceptiva oral combinada para protegerse de las infecciones de transmisión sexual.</li> <li>- Utilizar el preservativo, ya que previene los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual.</li> <li>- Realizar el coito interruptus ya que es el método más eficaz para prevenir los embarazos y las infecciones de transmisión sexual.</li> </ul> |
|--|---|

**Apartado 3: “De qué forma puedo protegerme de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual 1”**

|   |   |
|---|---|
| <b>Objetivos</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los métodos anticonceptivos de barrera, hormonales y de emergencia.</li> <li>- Conocer la forma correcta de utilizar el preservativo.</li> </ul>   |
| <b>Desarrollo de la actividad</b><br>(estrategias: juego y reflexión) | <p>Al principio de este apartado los adolescentes van a tener una sopa de letras en la que tendrán que encontrar los nombres de los métodos anticonceptivos que conocen. Una vez que los hayan encontrado, tendrán que darle a aceptar para continuar.</p> <p>A continuación, dispondrán de una imagen de cada uno de los MAC. Para conocer más sobre cada método tiene en entrar en la foto y a partir de allí se desplegarán varias pestañas en las que pueden acceder a consultar la</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En qué consiste</li> <li>- Cómo se utiliza</li> <li>- Los efectos beneficiosos y efectos secundarios</li> <li>- Si protege de las ITS</li> <li>-Cuál es su eficacia</li> </ul> <p>Y finalmente, se pedirá a los adolescentes que orden los pasos de cómo colocar un preservativo de forma correcta (76):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de erección</li> <li>- Desenrollar el condón</li> <li>- Eyaculación</li> <li>- Dejar sitio en la punta del condón quitando el aire</li> <li>- Excitación sexual</li> <li>- Coito</li> <li>- Erección</li> <li>- Pérdida de erección</li> <li>- Retirar el pene</li> <li>- Relajación</li> <li>- Sujetar por la base</li> </ul> |
|--|---|

#### **Apartado 4: “Otras formas de protección de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual”**

|  |  |
|--|--|
| <b>Objetivos</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los MAC de larga duración y el doble método.</li> <li>- Eliminar las barreras sobre los MAC.</li> </ul>   |
| <b>Desarrollo de la actividad</b><br>(estrategias: vídeo, preguntas, juego de preguntas y mitos) | <p>Al igual que en el apartado anterior dispondrán de una foto de cada método y para conocer más sobre ellos, se les desplegarán los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En qué consiste</li> </ul> |



|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cómo se utiliza</li> <li>- Los efectos beneficiosos y efectos secundarios</li> <li>- Si protege de las ITS</li> <li>-Cuál es su eficacia</li> </ul> <p>Además, aquí habrá un vídeo en que varias adolescentes contarán su experiencia utilizando los MAC de larga duración.</p> <p>Después tendrán que responder a unas preguntas tipo test, para comprobar que han entendido la información explicada sobre los MAC. Los adolescentes que contesten a las 6 preguntas de forma correcta y lo hagan en el menor tiempo posible tendrán como regalo preservativos que podrán recoger en los servicios de los equipos de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) más cercanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pregunta 1: ¿Cuál de estos MAC protege de las infecciones de transmisión sexual? <ul style="list-style-type: none"> <li>a) DIU</li> <li>b) Anillo vaginal</li> <li>c) Preservativo</li> <li>d) Todos los anteriores</li> </ul> </li> <li>- Pregunta 2: ¿Cuál de estos MAC tiene mayor eficacia para proteger de embarazos no deseados? <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Preservativo femenino</li> <li>b) Píldora anticonceptiva oral combinada</li> <li>c) Preservativo masculino</li> <li>d) DIU</li> </ul> </li> <li>- Pregunta 3: ¿En qué consiste el doble método? <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Utilización del preservativo</li> <li>b) Utilización del preservativo y un método</li> </ul> </li> </ul> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>hormonal (píldora)</p> <p>c) Utilización del preservativo y el DIU</p> <p>d) B y c son correctas</p> <p>Después de la pregunta 3, saltará una señal de exclamación, que advertirá que este método es el más seguro porque protege de las ITS y de los embarazos no deseados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pregunta 4: ¿Cuál de estos MAC es un método de larga duración? <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Implante hormonal</li> <li>b) Anillo vaginal</li> <li>c) DIU</li> <li>d) A y c son correctas</li> </ul> </li> <li>- Pregunta 5: ¿Cuándo se debe de iniciar a tomar la píldora oral la primera vez? <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cuando el médico lo recete</li> <li>b) El último día de la regla</li> <li>c) El primer día de la regla</li> <li>d) El día 1 de cada mes</li> </ul> </li> <li>- Pregunta 6: ¿Cuándo se utilizan los anticonceptivos de emergencia? <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre que se tienen relaciones sexuales con preservativo</li> <li>b) Antes de tener una relación sexual, para prevenir posterior embarazo</li> <li>c) Siempre que se tiene relación sexual y no queramos un embarazo</li> <li>d) Únicamente después de tener relaciones sexuales sin protección, o fallo del método y nunca como un método regular</li> </ul> </li> </ul> <p>Para asegurar que los adolescentes saben que los mitos</p> |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>que se hablan actualmente no son cierto, se realizará una actividad en la que tienen que decir si es verdadero o falso cada uno de los siguientes mitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los anticonceptivos orales provocan esterilidad</li> <li>- La píldora anticonceptiva engorda</li> <li>- Es suficiente usar el preservativo sólo durante la eyaculación</li> <li>- La píldora anticonceptiva de emergencia es abortiva</li> <li>- El preservativo reduce el placer sexual</li> </ul> <p>Después de que hayan contestado todas las frases, les saldrá una explicación de porque estas frases son falsas. Destacar que nuevamente se abrirá una ventana junto a un calendario, en la que las adolescentes pueden pedir cita con la matrona responsable seleccionando de las fechas disponibles, la que mejor les vaya. La matrona les aconsejará sobre los MAC de larga duración y si lo desean se procederá a su colocación.</p> |
|--|---|

| <b>Apartado 5: “Ayúdame”</b>      |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Objetivos</b>                  | - Resolver las inquietudes de los adolescentes.  |
| <b>Desarrollo de la actividad</b> | <p>En este apartado de la página web, los adolescentes podrán realizar preguntas de forma anónima a los profesionales de salud, los cuáles les responderán en un periodo de tiempo máximo de 24 horas.</p> <p>Además aquí podrán encontrar preguntas frecuentes de otros adolescentes con sus correspondientes respuestas.</p> |

Una vez que las adolescentes hayan completado cada una de las actividades, podrán acceder a un cuestionario de satisfacción, de cada apartado [Anexo 4] y uno al final después de haber completado todas las actividades del proyecto [Anexo 5], que deberán rellenar.

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Es fundamental respetar el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y los principios bioéticos.

Las adolescentes serán informadas desde los Centros de Atención primaria, se les explicarán los objetivos del programa y si de forma libre deciden participar en el programa, se le pedirá el consentimiento informado para participar en las diferentes actividades del programa, siempre teniendo en cuenta el derecho de abandonar el programa en cualquier momento si así lo desean y sin repercusión alguna. El consentimiento informado es uno de los deberes que se refleja en el Código Deontológico de Enfermería, en el artículo 7 del capítulo dos (77).

Además, se debe de respetar la confidencialidad, el acceso a los datos de las participantes será exclusivo para los profesionales sanitarios que están implicados en el programa. Por tanto, el acceso a la historia clínica será restringido. Cada adolescente tendrá un código asignado, de tal forma que solo los que van a evaluar la intervención van a conocer su identidad. La Protección de Datos de Carácter Personal se rige por la ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre (78).

Para poder desarrollar el programa de intervención, es necesario obtener el permiso del Comité de Ética del Institut Català de la Salut.

El programa de intervención será evaluado por el Comité de Ética y se aplicarán las modificaciones pertinentes que sugiera éste, con el objetivo de cumplir con los principios bioéticos (79):

- Justicia: todos los participantes del programa serán tratados en condiciones de igualdad y respeto, sin ningún tipo de discriminación por raza ni sexo. Todos los participantes tendrán igualdad de acceso a los recursos del programa de intervención.
- No maleficencia: una obligación primordial es evitar causar daño de cualquier tipo a los participantes y a los profesionales sanitarios que dirigirán el programa de intervención.

- Beneficencia: todas las actividades tienen como finalidad conseguir el máximo beneficio posible en relación a la salud y prevención de enfermedades, tanto de los participantes, como de los profesionales sanitarios implicados. Además, se minimizarán los posibles daños que puedan surgir.
- Autonomía: se respetará la libertad de participar o no de todos los participantes en el programa de intervención y así como en las actividades de éste. Serán informados y se les pedirá su consentimiento informado de forma autónoma. Tendrán derecho a abandonar el programa cuando así lo deseen. Este principio se rige por la ley básica 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (80).

## 8. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Una vez que ha finalizado el programa de intervención se evaluará su efectividad mediante indicadores objetivos que medirán si los objetivos planteados en el programa se han cumplido.

La evaluación del programa se llevará a cabo en Julio de 2018, ya que de esta forma se podrá contar con un número mayor de participantes, porque en el periodo de un año hay más posibilidades de contactar con adolescentes que hayan tenido una interrupción voluntaria del embarazo debido a que no todas ocurren al mismo tiempo y porque el número de adolescentes con IVE en Lleida es más limitado. Decir también que las sesiones prácticas en los institutos y las actividades en la página Web serán evaluadas por medio de cuestionarios de satisfacción con objetivo de mejorar las siguientes sesiones de la intervención, y al final se realizará el cuestionario de satisfacción global de la intervención.

### Objetivo general

1. Disminuir al menos un 7% el número de nuevos abortos en adolescentes catalanas entre 15 – 19 años con IVE previo, incluidas en un programa de intervención realizado entre Junio 2017-Junio 2018, a evaluar en Julio 2018, mediante los datos de la historia clínica.

- ¿Qué queremos evaluar? → se reducirá al menos un 7% el número de nuevos abortos en adolescentes con IVE previo.
- Indicador → datos de la historia clínica.

$$x = \frac{\text{nº de nuevos abortos en adolescentes con IVE previo}}{\text{nº de adolescentes que participan en el programa de intervención}} \cdot 100$$

$$x = \frac{\text{nº de nuevos abortos en mujeres con IVE previo después de la intervención} \cdot 100}{\text{nº de nuevos abortos en mujeres con IVE previo antes de la intervención}} - 100$$

## Objetivos específicos

1. Al finalizar la intervención, el 75% de las adolescentes entre 15 – 19 años con IVE previo responderá adecuadamente al 80% de las preguntas del cuestionario sobre los conocimientos.

- ¿Qué queremos evaluar? → al menos el 75% de las adolescentes contestará adecuadamente las preguntas sobre las ITS y forma de prevenirlas.
- Indicador → cuestionario de conocimientos sobre las ITS (se pasará el último día de la sesión en el instituto a los adolescentes entre 15 – 16 años y en la última actividad de la página Web) [Anexo 7].

$$x = \frac{n^{\circ} \text{ de adolescentes que responden al menos al 80\% de las preguntas correctamente}}{n^{\circ} \text{ adolescentes que participan en el programa de intervención}} \cdot 100$$

2. Al finalizar la intervención, el 80% de las adolescentes utilizará un método anticonceptivo con un IP de eficacia real menor a 21 embarazos por cada 100 mujeres.

- ¿Qué queremos evaluar? → al menos el 80% de las adolescentes incluidas en el programa de intervención utilizará un MAC eficaz.
- Indicador → datos de la historia clínica sobre los MAC y cuestionario de uso de MAC [Anexo 8].

$$x = \frac{n^{\circ} \text{ de adolescentes que utilizan un MAC}}{n^{\circ} \text{ de adolescentes que participan en el programa de intervención}} \cdot 100$$

3. Al finalizar la intervención, el 20% de las adolescentes utilizará el doble método como estrategia para prevenir los embarazos no deseados e ITS.

- ¿Qué queremos evaluar? → al menos el 20% de las adolescentes utilizará el doble método.
- Indicador → datos historia clínica y cuestionario uso de MAC [Anexo 8].

$$x = \frac{n^{\circ} \text{ de adolescentes que utilizan el doble método}}{n^{\circ} \text{ de adolescentes que participan en el programa de intervención}} \cdot 100$$

4. Al finalizar la intervención, el 30% de las adolescentes utilizará un método de larga duración (DIU o implante).

- ¿Qué queremos evaluar? → al menos el 30% de las adolescentes utilizará un método de larga duración.
- Indicador → datos historia clínica y cuestionario uso de MAC [Anexo 8].

$$x = \frac{\text{nº de adolescentes que utilizan un MAC de larga duración}}{\text{nº de adolescentes que participan en el programa de intervención}} \cdot 100$$

5. Al finalizar la intervención, el 95% de las adolescentes que utilizan el doble método o únicamente el preservativo, conocerá el uso correcto del preservativo.

- ¿Qué queremos evaluar? → al menos el 95% de las adolescentes conocerá la forma correcta de utilizar el preservativo.
- Indicador → cuestionario uso correcto del preservativo [Anexo 9].

$$x = \frac{\text{nº de adolescentes que conocen la forma correcta del uso del preservativo}}{\text{nº de adolescentes que participan en el programa de intervención}} \cdot 100$$



## **9. DISCUSIÓN**

La intervención planteada en este trabajo propone realizar un programa de intervención específico para adolescentes, además de la posibilidad de participar a los grupos de iguales. Tiene como objetivo disminuir los nuevos abortos en adolescentes entre 15 – 19 años con IVE previo.

El programa de intervención ha sido diseñado a partir de la evidencia científica consultada. Se ha observado que la educación sexual, que incluye a la comunidad (grupo de iguales, etc.) disminuye la incidencia de embarazo no deseado, lo que comporta también la disminución en las interrupciones voluntarias del embarazo. Las actividades realizadas se basan en aumentar los conocimientos sobre las ITS y forma de prevenirlas, y aumentar los conocimientos sobre los MAC más eficaces para los adolescentes.

### **Aportaciones al conocimiento actual**

El presente trabajo ofrece la oportunidad de evaluar si la educación sexual en adolescentes, disminuye la incidencia de abortos de repetición en adolescentes entre 15 – 19 años. Es una intervención importante, debido a que, los adolescentes se encuentran en una etapa de riesgos considerables.

### **Aplicabilidad a la práctica**

El programa de intervención ha sido diseñado para ser dirigido desde los Centros de Atención Primaria. Las adolescentes serán derivadas por la matrona para participar en este programa. En los adolescentes entre 15 – 16 años habrá participación presencial y online, mientras que en los de 17 – 19 años será solamente online.

### **Limitaciones**

La intervención diseñada solo incluye a las adolescentes entre 15 – 19 años que acuden a los Centros de Atención Primaria de la comunidad de Cataluña, solicitando IVE.

A pesar de que en la bibliografía se incide en la importancia de incluir a la familia en la educación, en este programa no ha sido posible incluir a la familia de forma directa.

### **Propuesta de mejora**

El programa ofrece la participación a adolescentes en la Comunidad de Cataluña. Una vez evaluado y en caso de ser favorable, sería conveniente ofrecer la posibilidad de participación de adolescentes de todas las Comunidades Autónomas de España. De esta forma, los resultados disminuirían el número de nuevos abortos a nivel nacional.

## 10. CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa de riesgos considerables, ya que los adolescentes empiezan a tener relaciones sexuales cada vez más temprano y sin haber recibido información sobre la sexualidad y salud sexual, además existe una escasa utilización de los MAC de forma habitual por parte de estos (están inseguros o desmotivados para usar los MAC o no son capaces de negociarlo con la pareja). Los adolescentes se creen invulnerables, no relacionan la conducta con las consecuencias. Todo esto aumenta el número de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexuales e interrupciones voluntarias del embarazo. Se ha demostrado que la baja autoestima influye en los embarazos en adolescentes.

La salud sexual es un derecho humano básico que se tiene que reconocer, promover, respetar y defender, a pesar de que existen barreras.

Entre los MAC recomendados para los adolescentes se encuentran: el preservativo femenino y masculino, la píldora anticonceptiva oral combinada, el parche anticonceptivo, el anillo vaginal, la píldora anticonceptiva hormonal de progesterona, el implante hormonal de progesterona, el DIU de levonorgestrel y los anticonceptivos de emergencia (nunca como método habitual). Es muy importante explicar el doble método a los adolescentes, ya que es el método más seguro. Según la SEC, en 2016 el 49% de la población entre 15 – 19 años no utilizaba ningún MAC cuando se realizó la encuesta.

El embarazo precoz supone una gran repercusión biopsicosocial para la madre y el bebé, y a su vez al entorno familiar de la madre.

Es cierto que según el MSSSI la tasa de IVE en adolescentes menores de 19 años ha disminuido respecto el año 2011, la tasa en el 2015 es de 9,38. Cataluña está dentro de las Comunidades Autónomas más prevalentes. Una parte importante de las adolescentes, han tenido una IVE anterior, de los cuales una gran parte no utilizaba ningún MAC.

Es importante la realización de este programa de intervención para prevenir los nuevos abortos en adolescentes que ya han tenido IVE previo. Es de vital importancia realizar

una correcta educación sexual, ya que la evidencia científica demuestra que ayuda a disminuir el número de embarazos no deseados, por tanto el número de abortos.

Con la realización de este trabajo he podido aprender a realizar programas de intervención, sin olvidar utilizar actividades basadas en la evidencia científica para que el proyecto diseñado pueda garantizar la máxima eficacia posible.

A su vez, he podido conocer la importancia de la educación sexual para la prevención de los embarazos en adolescentes, ya que esto supone un aumento de la morbilidad y mortalidad tanto para el bebé, como para la madre.

Considero de vital importancia la realización de este programa de intervención en el grupo de edad entre 15 – 19 años, ya que es en este momento en el que la mayor parte de los adolescentes empiezan a tener relaciones sexuales y es imprescindible realizar una adecuada educación para evitar las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias del embarazo.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2015 [acceso el 6 de noviembre de 2016]. Desarrollo en la adolescencia [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. Rodríguez J, Traverso CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit. 2012;26(6):519-24.
3. Vaillant M, Dandicourt C, Mackensie Y. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enferm. 2012;28(2):125-35.
4. López Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cubana Enferm. 2011;27(274):337-50.
5. Barbón OG. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011;50(2):245-9.
6. García MA, Cañadas GA, González E, Fernández R, García I. Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. Rev Med Chile. 2011;139:1269-75.
7. Leyva N, Sosa M, Guerra D, Mojena D, Gómez N. Modificación de conocimientos sobre salud sexual reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. Medisan. 2011;15(3):323-9.
8. Enríquez B, Bermúdez R, Puentes EM, Jiménez MC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2010;36(2):145-59.
9. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2014 [actualizado en septiembre de 2014; acceso el 4 de noviembre de 2016]. El embarazo en la adolescencia [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

10. Sociedad Española de Contracepción [sede Web]\*. SEC; 2016 [acceso el 27 de noviembre de 2016]. Estudio Poblacional sobre el Uso y la Opinión de los métodos Anticonceptivos en España [aproximadamente 29 páginas]. Disponible en: [http://sec.es/descargas/OBS\\_EncuestaAnticoncepcion2016.pdf](http://sec.es/descargas/OBS_EncuestaAnticoncepcion2016.pdf)
11. Rosales JG, Irigoyen A. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Atención Fam.* 2013;20(4):101-2.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]\*. Madrid: MSSSI; 2014 [acceso el 28 de abril de 2017]. Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2015 [aproximadamente 202 páginas]. Disponible: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2015.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2015.pdf)
13. Cannoni G, González MI, Conejero C, Merino P, Schulin-Zeuthen C. Sexualidad en la adolescente: consejería. *Rev Med Clin Condes.* 2015;26(1):81-7.
14. Sanz V, Piris S, Alsina M, Antón MP, Arreo V, Franco E, et al. Manual de pediatría. 7st ed. AMIR; 2014.
15. Vital E, Sarmiento R, Almeida Y, Benítez DG. Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. *MEDISAN.* 2011;15(5):597-603.
16. Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2012;38(3):333-42.
17. Hurtado F, Donat F, Colomer J, Pla E, Sánchez A, Sarabia S, et al. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención Primaria. *C Med Psicosom.* 2014;(111):62-78.
18. Abad L, Abad L, Abal M, Abengochea A, Abel F, Acién P, et al. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 2nd ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.

19. Colomer J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. PrevInfad/PAPPS [revista en línea]. 2013 [acceso el 27 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm>
20. Sedlecky K, Stanković Z. Contraception for adolescents after abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016;21(1):4-14.
21. Connery HS, Albright BB, Rodolico JM. Adolescent substance use and unplanned pregnancy: strategies for risk reduction. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014;41(2):191-203.
22. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "These issues aren't talked about at home": a qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. BMC Public Health. 2014;14:770.
23. Drago F, Ciccarese G, Zangrillo F, Gasparini G, Cogorno L, Riva S, et al. A Survey of Current Knowledge on Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behaviour in Italian Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(4):422.
24. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2016 [actualizado en agosto de 2016; acceso el 7 de diciembre de 2016]. Infecciones de transmisión sexual [aproximadamente 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]\*. Madrid: MSSSI; 2015 [acceso el 11 de marzo de 2017]. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2013 [aproximadamente 10 páginas]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia\\_ITS\\_1995\\_2013.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2013.pdf)
26. Instituto de Salud Carlos III [sede Web]\*. Madrid: ISCIII; 2016 [actualizado el 30 de junio de 2016; acceso el 11 de marzo de 2017]. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2015 [aproximadamente 36 páginas]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd->

vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-  
sida/pdf\_sida/Informe\_VIH\_SIDA\_2016\_def.pdf

27. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO [acceso el 7 de diciembre de 2016]. Salud sexual [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
28. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO [acceso el 7 de diciembre de 2016]. Salud reproductiva [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
29. Mora A, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum*. 2015;29(2):76-82.
30. Silva I, Mejía O. Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Educare*. 2015;19(1): 241-256.
31. Mariño ER, Ávalos MM, Baró VG. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet". *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2011;27(4):446-54.
32. Aller M, Alonso M, Berges R, Bernardos P, Foncillas B, Fustero AC, et al. *Obstetricia para Matronas Guía práctica*. 1st ed. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
33. Sociedad Española de Contracepción [sede Web]\*. SEC [acceso el 29 de diciembre de 2016]. Sexualidad [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://sec.es/area-cientifica/sexualidad/>
34. World Association for Sexual Health [sede Web]\*. WAS [acceso el 29 de diciembre de 2016]. Derechos Sexuales [aproximadamente 3 páginas]. Disponible en: <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2016 [actualizado en diciembre de 2016; acceso el 17 de diciembre de 2016]. Planificación familiar [aproximadamente 11 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>



36. Gutiérrez M. La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):465-70.
37. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2015 [acceso el 28 de diciembre de 2016]. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [aproximadamente 14 páginas]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO\\_RHR\\_15.07\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1)
38. Parera N, López S, Llopis A. Habilidades para la comunicación con adolescentes. Barcelona: EdikaMed; 2012.
39. Institut Català de la Salut [sede Web]\*. SEC [acceso el 27 de diciembre de 2016]. Documentación del grupo de Revisión Bibliográfica [aproximadamente 10 páginas]. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/101/img/sec.pdf>
40. Peláez J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2016;42(1).
41. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2011 [acceso el 17 de diciembre de 2016]. Planificación familiar Un manual mundial para proveedores [aproximadamente 388 páginas]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1)
42. Obaya C. Planificación familiar desde la consulta de enfermería de atención primaria. Enfermería Comunitaria. 2014;2(2):62-81.
43. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2016 [acceso el 17 de diciembre de 2016]. Anticoncepción de emergencia [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>
44. Organización Mundial de la Salud [sede Web]\*. Suiza: WHO; 2012 [acceso el 12 de noviembre de 2016]. Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth [aproximadamente 126 páginas]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)

45. González MA. El aborto: un abordaje bio-psico-social. Dilemata. 2015;(17):1-21.
46. Fox J, Barfield W. Decreasing Unintended Pregnancy: Opportunities Created by the Affordable Care Act. JAMA. 2016;316(8):815-6.
47. Bonilla A, Miranda M, Rodríguez V. Aborto de Repetición. Trances. 2016;8(5):397-402.
48. Martos A. Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos. 1st ed. Madrid: Nowtilus; 2010.
49. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [sede Web]\*. Madrid: BOE; 2010 [acceso el 6 de noviembre de 2016]. Disposiciones Generales [aproximadamente 14 páginas]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
50. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]\*. Madrid: MSSSI [acceso el 5 de noviembre de 2016]. Salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/novedades/saludSexualIVE/home.htm>
51. González-Merlo J, Laílla J, Fabre E, González E. Obstetricia. 6st ed. Barcelona: Elsevir Masson; 2013.
52. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [sede Web]\*. Madrid: BOE; 2010 [actualizado el 22 de septiembre de 2015; acceso el 30 de diciembre de 2016]. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [aproximadamente 14 páginas]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-3514-consolidado.pdf>
53. Sociedad Española de Contracepción [sede Web]\*. SEC [acceso el 25 de enero de 2017]. Guía para la interrupción voluntaria del Embarazo (IVE) [aproximadamente 25 páginas]. Disponible en: [http://sec.es/descargas/PS\\_IVE.pdf](http://sec.es/descargas/PS_IVE.pdf)
54. Germain A, Fabres C, Huidobro C, Fernández E. Aborto recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo. Rev Med Clin Condes. 2014;25(6):898-907.

55. Romero B, Martínez L, González A, Fontes J. Epidemiología del aborto de repetición. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(7):312-20.
56. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]\*. Madrid: MSSSI [acceso el 28 de abril de 2017]. Datos Estadísticos [aproximadamente 11 pantallas]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas\\_figuras.htm](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm)
57. Puerto-Guerrero AH. Motivar el cambio a partir de la educación para la salud. Rev Salud Pública. 2012;14(2):129-41.
58. Dinaj-Koci V, Deveau L, Wang B, Lunn S, Marshall S, Li X, et al. Adolescent Sexual Health Education: Parents Benefit Too! Health Educ Behav. 2015;42(5):648-53.
59. Deptula DP, Henry DB, Schoeny ME. How can parents make a difference? Longitudinal associations with adolescent sexual behavior. J Fam Psychol. 2010;24(6):731-9.
60. Shin Y, Rew L. A mentoring program for the promotion of sexual health among Korean adolescents. J Pediatr Health Care. 2010;24(5):292-9.
61. Feutz K, Andresen P. Cuidate: implementation of a culturally based sexual risk reduction program for hispanic adolescents. Hisp Health Care Int. 2013;11(4):187-93.
62. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. J Womens Health. 2015;24(5):349-53.
63. Finer L, Zolna M. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. N Engl J Med. 2016;374:843-52.
64. Morrison-Beedy D, Jones SH, Xia Y, Tu X, Crean HF, Carey MP. Reducing Sexual Risk Behavior in Adolescent Girls: Results from a Randomized Controlled Trial. J Adolesc Health. 2013;52(3):314-21.

65. Sieving RE, McMorris BJ, Beckman KJ, Pettingell SL, Secor-Turner M, Kugler K, et al. Prime Time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):172-9.
66. Guse K, Levine D, Martins S, Lira A, Gaarde J, Westmorland W, et al. Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review. *J Adolesc Health*. 2012;51(6):535-43.
67. Doubova S, Infante-Castañeda C, Pérez-Cuevas R. Internet-based educational intervention to prevent risky sexual behaviors in Mexican adolescents: study protocol. *BMC Public Health*. 2016;16:343.
68. Peskin MF, Shegog R, Markham CM, Thiel M, Baumler ER, Addy RC, et al. Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth. *J Adolesc Health*. 2015;56(5):515-21.
69. Metcalfe A, Talavlikar R, Du Prey B, Tough SC. Exploring the relationship between socioeconomic factors, method of contraception and unintended pregnancy. *Reprod Health*. 2016;13:28.
70. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art.No.:CD005215. DOI: 10.1002/14651858.CD005215
71. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art.No.:CD006417.DOI: 10.1002/14651858.CD006417
72. Bonell C, Maisey R, Speight S, Purdon S, Keogh P, Wollny I, et al. Randomized controlled trial of 'teens and toddlers': a teenage pregnancy prevention intervention combining youth development and voluntary service in a nursery. *J Adolesc*. 2013;36(5):859-70.

73. Harper C, Rocca C, Thompson K, Morfesis J, Goodman S, Darnet P, et al. Reductions in pregnancy rates in the USA with long-acting reversible contraception: a cluster randomised trial. *Lancet*. 2015;386(9993):562-568.
74. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]\*. Madrid: MSSSI; [acceso el 8 de mayo de 2017]. Taller para adolescentes 1ªParte: "Yo valgo la pena: la autoestima" [aproximadamente 21 páginas]. Disponible: [https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado5\\_1.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/Ado5_1.pdf)
75. Sexe Joves Generalitat de Catalunya [sede Web]\*. Gencat;2017 [actualizado el 13 de marzo de 2017; acceso el 8 de mayo de 2017]. L'autoestima (acceptació de la imatge corporal) [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: [http://sexejoves.gencat.cat/ca/temes/afectivitat\\_i\\_sexualitat/l\\_autoestima\\_acceptacioimatgecorporal/index.html](http://sexejoves.gencat.cat/ca/temes/afectivitat_i_sexualitat/l_autoestima_acceptacioimatgecorporal/index.html)
76. Eusko Jaurlaritza Gobierno Vasco [sede Web]\*. Osakidetza; 2011 [acceso el 8 de mayo de 2017]. Guía para el profesorado Prevención del VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado [aproximadamente 36 páginas]. Disponible en: [http://www.uhinbare.com/images/PDFs/guia\\_profesorSIDA .pdf](http://www.uhinbare.com/images/PDFs/guia_profesorSIDA.pdf)
77. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [sede Web]\*. Madrid: CODEM [acceso el 28 de marzo de 2017]. Código Deontológico [aproximadamente 15 pantallas]. Disponible en: <http://www.codem.es/codigo-deontologico>
78. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [sede Web]\*. Madrid: BOE [acceso el 28 de marzo de 2017]. Política de privacidad y protección de datos [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: [https://www.boe.es/sede\\_electronica/informacion/proteccion\\_datos.php](https://www.boe.es/sede_electronica/informacion/proteccion_datos.php)
79. Observatori de Bioètica i Dret [sede Web]\*. USA; 1979 [acceso el 28 de marzo de 2017]. El informe Belmont [aproximadamente 11 páginas]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

80. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [sede Web]\*. Madrid: BOE; 2002 [actualizado el 22 de septiembre de 2015; acceso el 28 de marzo de 2017]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [aproximadamente 13 páginas]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
81. Espada JP, Guillén-Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra JC. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Aten Primaria*. 2014;46(10):558-64.
82. Cervantes FE. Validación de instrumento sobre conocimientos en infecciones de transmisión sexual de los adolescentes escolares de un municipio en San Luís Potosí [tesis doctoral]. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2010.

## 12. ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado de los pacientes

Número de historia \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ declaro que se me ha solicitado participar en un programa de intervención para adolescentes que han tenido una interrupción voluntaria del embarazo, que tiene como objetivo disminuir el número de nuevos abortos.

Antes de firmar este consentimiento he estado informado por \_\_\_\_\_ del proyecto que se trata, de los propósitos del mismo y de la metodología con la cual se llevará a cabo.

Dadas las características del estudio no existen efectos perjudiciales que pueden derivarse del mismo, y al presentar mi colaboración libre y voluntariamente, puedo suspenderla en cualquier momento que desee.

Los datos y resultados serán confidenciales y utilizados solamente a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en todo momento en la confidencialidad.

Habiendo estado informado y después de ofrecerse a responder a mis preguntas consiento participar en el estudio. He recibido una copia del impreso y he tenido oportunidad de leerlo.

(Ciudad) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

Firma del informante

Firma del paciente

## Anexo 2. Hoja “El autoconcepto” sesión presencial 1 de la intervención en adolescentes entre 15 – 16 años

**El autoconcepto**

Como me encuentro en la familia

Como me encuentro en la escuela o instituto

Como me relaciono con los demás

Como considero que me ven los demás

Lo que más me molesta de mi mismo

Lo que más me gusta de mi mismo

Respecto a mi presente y mi futuro

Fuente: MSSSI (74).



**Anexo 3. Palabras definición sexualidad y salud sexual y reproductiva apartado 1 de la intervención en adolescentes entre 15 – 16 años**

**Palabras definición sexualidad**

|                    |                   |                     |                                   |
|--------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| identidad          | papeles de género | aborto              | erotismo                          |
| conductas          | deseos            | actitudes           | infecciones de transmisión sexual |
| orientación sexual | preservativo      | creencias           | relaciones interpersonales        |
| pensamientos       | sexo              | embarazo no deseado | reproducción                      |
|                    | fantasías         | placer              |                                   |

**Palabras definición salud sexual y reproductiva**

|                          |                     |                                   |                           |
|--------------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| bienestar                | temor               | infecciones de transmisión sexual | embarazo no deseado       |
| relaciones gratificantes | abuso               | seguridad                         | relaciones enriquecedoras |
| derecho                  | ausencia de presión | violencia                         | intranquilidad            |

#### Anexo 4. Cuestionario de satisfacción de sesiones

Valore del 0 al 5 los siguientes enunciados, siendo 0 la valoración mínima y 5 la máxima.

\*Responder el enunciado 1 solo aquellas personas que han asistido a las sesiones prácticas.

|   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante el desarrollo de la sesión me he sentido cómoda y respetada. * |   |   |   |   |   |   |
| 2. Los conceptos explicados han quedado claros.                           |   |   |   |   |   |   |
| 3. Se me han resuelto las dudas que presentaba.                           |   |   |   |   |   |   |
| 4. Me ha servido para aprender nuevos conceptos.                          |   |   |   |   |   |   |
| 5. Cambiaría las actividades por otras porque no me parecen adecuadas.    |   |   |   |   |   |   |

#### Anexo 5. Cuestionario de satisfacción general

Valore del 0 al 5 los siguientes enunciados, siendo 0 la valoración mínima y 5 la máxima.

|  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Las actividades realizadas me han parecido de utilidad.   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Los contenidos impartidos me han parecido interesantes.   |   |   |   |   |   |   |
| 3. Durante el desarrollo del programa he podido mejorar mis conocimientos para prevenir los embarazos no deseados. |   |   |   |   |   |   |
| 4. Este programa me ha ayudado a elegir un método anticonceptivo habitual.   |   |   |   |   |   |   |
| 5. Recomendaría la participación en el programa a otras personas.  |   |   |   |   |   |   |

## Anexo 6. Imágenes y guía de ejemplos de apartado 1 de la intervención en adolescentes entre 17 – 19 años



### GUÍA DE EJEMPLOS

|                          |                             |                                |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Determinación            | Capacidad de hacer amigos   | Entusiasmo                     |
| Perseverancia            | Simpatía                    | Valentía                       |
| Dinamismo                | Confianza en sí mismo / a   | Cortesía                       |
| Capacidad de observación | Fuerza de voluntad          | Paciencia                      |
| Previsor / a             | Sensibilidad                | Capacidad de disfrute          |
| Comunicativo             | Sentido del humor           | Comprensivo / a                |
| Fiable                   | Alegre                      | Responsable                    |
| Capacidad de escucha     | Expresivo / a               | Animoso / a                    |
| Organizado               | Buena voz                   | Capacidad de concentración     |
| Iniciativa               | Ecuánime                    | Generosidad                    |
| Cordialidad              | Franqueza                   | Adaptable                      |
| Auténtico / a            | Honesto                     | Abierto / a                    |
| Afectuoso / a            | Trabajador / a              | Persistente                    |
| Independiente            | Creativo / a                | Original                       |
| Solidario / a            | Marcar un gol               | Conseguir ligar                |
| Mantener un secreto      | Conseguir hablar en público | Escribir sin faltas            |
| Leer bien                | Resolver un problema        | Aprenderme una lección         |
| Habilidades manuales     | Controlar mis impulsos      | Cantar                         |
| Bailar                   | Meter una canasta           | Ayudar a otros                 |
| Ojos grandes             | Tengo fé                    | Pensamiento lógico             |
| Capacidad para intimar   | Escribir poesías            | ... y todo lo que se te ocurra |

Fuente: MSSSI (74).

## Anexo 7. Cuestionario evaluativo de los conocimientos de ITS

Seleccione la respuesta correcta

1. ¿Las enfermedades de transmisión sexual pueden transmitirse por medio de relaciones sexuales sin protección?  
Verdadero                      Falso
2. ¿Puede una persona que esta contagiada de una enfermedad de transmisión sexual pasar la enfermedad a través del uso compartido de objetos punzocortantes (agujas, tijeras...), personales (cuchilla, vibrador...) o transfusiones sanguíneas?  
Verdadero                      Falso
3. ¿Una persona que usa siempre el preservativo de forma correcta, estará protegida contra el contagio de las enfermedades de transmisión sexual?  
Verdadero                      Falso
4. ¿Practicar el coito haciendo la “marcha atrás” es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de contagio por infecciones de transmisión sexual?  
Verdadero                      Falso
5. ¿El preservativo femenino es eficaz para prevenir las infecciones de transmisión sexual?  
Verdadero                      Falso
6. ¿Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir las infecciones de transmisión sexual?  
Verdadero                      Falso
7. ¿El anillo vaginal o el DIU son método eficaces para prevenir las infecciones de transmisión sexual?  
Verdadero                      Falso
8. ¿Las infecciones de transmisión sexual pueden causar esterilidad o incapacidad para tener hijos?  
Verdadero                      Falso

Fuente: extraído de artículo científico (81) y tesis doctoral (82).

#### **Anexo 8. Cuestionario de uso de los MAC**

|   |
|---|
| <b>Responde a las siguientes preguntas</b>  |
| <b>1.Nombra los métodos anticonceptivos que conoces</b>   |
| <b>2.Nombra los métodos anticonceptivos que previenen las infecciones de transmisión sexual</b> |
| <b>3.Nombra el método anticonceptivo que utilizabas antes de participar en el programa</b>      |
| <b>4.Nombra el método anticonceptivo que utilizas actualmente</b>                               |

#### **Anexo 9. Cuestionario uso correcto del preservativo**

|  |
|--|
| <b>Nombrar al menos 3 aspectos válidos a tener en cuenta a la hora de utilizar el preservativo</b> |
| <b>1.</b>  |
| <b>2.</b>  |
| <b>3.</b>  |
|  |